สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

# รายงาน

# ประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ



ดร. ทิพิชา โปษยานนท์
ดร. พรสิรี จิตรถเวช
ดร. นภินทร ศิริไทย
นางสาววันวิสา แสงทิม
นายพงศ์นรินทร์ มากรัตน์
นางสาวศรวณีย์ อวนศรี

สิงหาคม 2569

# คำนำ

ระบบสุขภาพของประเทศกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่มีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกันมากขึ้น ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ความเป็นเมือง การเคลื่อนย้ายประชากร ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีดิจิทัล การเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ตลอดจนข้อจำกัดด้านกำลังคน การเงินการคลัง และการจัดบริการสุขภาพ ปัจจัยดังกล่าวมิได้ส่งผลเฉพาะต่อภาคบริการสาธารณสุขเท่านั้น หากยังเชื่อมโยงกับนโยบายและการดำเนินงานของภาคส่วนต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะของประชาชนโดยรวม ภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ซึ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสุขภาพที่เป็นธรรมและแนวคิด “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” (Health in All Policies: HiAP) การพิจารณาประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพจึงจำเป็นต้องมองอย่างเป็นองค์รวมและเชื่อมโยงข้ามภาคส่วน โดยไม่จำกัดอยู่เฉพาะระบบบริการสุขภาพ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการทบทวนและสังเคราะห์ข้อมูลจากรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยตามสาระหมวดภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 รวมทั้งเอกสารและนโยบายที่เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และช่องว่าง และพัฒนาเป็นประเด็นสำคัญจำนวน 7 ประเด็น ได้แก่ ระบบสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน ระบบสุขภาพชุมชนเมือง ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ ระบบสุขภาพดิจิทัลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระบบสุขภาพชายแดน ประชากรข้ามชาติและบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร: ระบบสุขภาพเพื่อรองรับประชากรทุกช่วงวัย เพื่อให้การกำหนดประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ตั้งอยู่บนทั้งหลักฐานเชิงประจักษ์และการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จึงได้นำประเด็นดังกล่าวเข้าสู่กระบวนการรับฟังความคิดเห็นและการสำรวจด้วยเทคนิคเดลฟาย จำนวน 3 รอบ โดยพิจารณาใน 5 มิติ ได้แก่ ความต้องการและผลกระทบ ความสอดคล้องกับนโยบาย ช่องว่างและความจำเป็นในการบูรณาการ ความเป็นไปได้ในการดำเนินการ และความเร่งด่วน นอกจากนี้ ข้อคิดเห็นจากการประชุมผู้ทรงคุณวุฒิยังช่วยทบทวนความชัดเจนของขอบเขตประเด็น ลดความทับซ้อน และชี้ให้เห็นจุดคานงัดที่อาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ โดยเน้นว่าการกำหนดประเด็นควรมีความชัดเจนเพียงพอสำหรับการพิจารณาเชิงยุทธศาสตร์และการตัดสินใจ

รายงานฉบับนี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อรวบรวมและเรียบเรียงผลการทบทวนสถานการณ์และช่องว่าง กระบวนการคัดเลือกและพิจารณาประเด็น รวมถึงผลจากกระบวนการเดลฟายและข้อเสนอแนะที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์สำหรับประกอบการพิจารณาของหน่วยงาน องค์กร ชุมชน ท้องถิ่น ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม และกลไกต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมบนฐานขององค์ความรู้และข้อมูลเชิงประจักษ์ ทั้งนี้ ผลการพิจารณาประเด็นสำคัญในรายงานฉบับนี้ควรทำความเข้าใจในฐานะภาพสะท้อนของสถานการณ์และมุมมองของผู้ทรงคุณวุฒิในช่วงเวลาที่ดำเนินการ มิได้มีเจตนาจัดลำดับเพื่อชี้ว่าประเด็นที่อยู่ในลำดับต่ำกว่ามีความสำคัญน้อยหรือไม่ควรได้รับการขับเคลื่อน แต่มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้เห็นระดับความสำคัญ ช่องว่าง ความเร่งด่วน ความเป็นไปได้ และความจำเป็นในการบูรณาการของแต่ละประเด็น เพื่อสนับสนุนการกำหนดทิศทางและการใช้ทรัพยากรในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป

คณะผู้วิจัย

สิงหาคม 2569

# สารบัญ


หน้า

คำนำ ก

สารบัญ ข

บทสรุปผู้บริหาร ง

บทที่ 1 บทนำ 1

1.1 ที่มาและความสำคัญ 1

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา 2

1.3 ขอบเขตการดำเนินงาน 2

บทที่ 2 ระเบียบวิธีการศึกษา 3

2.1 กรอบแนวคิดการดำเนินงาน 3

2.2 การทบทวนและคัดเลือกเอกสาร 4

2.3 การวิเคราะห์สถานการณ์และช่องว่าง 4

2.4 การสังเคราะห์และพัฒนาประเด็นสำคัญ 4

2.5 ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 5

2.6 กระบวนการเดลฟาย 5

2.7 การวิเคราะห์ข้อมูล 7

2.8 เวทีคืนข้อมูลและรับข้อเสนอแนะ 8

2.9 การสังเคราะห์ผลขั้นสุดท้าย 9

บทที่ 3 ผลการทบทวนสถานการณ์และช่องว่างของประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ 10

บทที่ 4 ผลการคัดเลือกประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศด้วยเทคนิคเดลฟาย 39

บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา ข้อเสนอแนะ/แนวทางต่อการนำประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศไปใช้ประโยชน์ 41

5.1 สรุปผลทบทวนสถานการณ์และช่องว่างของประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ 41

5.3 ผลการวิเคราะห์ประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพของประเทศในระยะถัดไป 44

5.4 ข้อเสนอแนะ/แนวทางต่อการนำประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศไปใช้ประโยชน์ 45

เอกสารอ้างอิง 48

ภาคผนวก 50

ภาคผนวก ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิและรายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม 50

ภาคผนวก ข รายชื่อผู้เข้าร่วมการประชุมเพื่อให้ความเห็นและจัดลำดับความสำคัญของประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ 59 52

# สารบัญ (ต่อ)


หน้า

ภาคผนวก ค รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมการนำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้นและให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ 62 55

ภาคผนวก ง เอกสารประกอบการประชุมวันที่ 5 มิถุนายน 2569 64

ภาคผนวก จ เอกสารชี้แจงกระบวนการให้ความเห็นต่อประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ 58 58

ภาคผนวก ฉ เอกสารผลการทบทวนสถานการณ์และช่องว่างของประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ 63

ภาคผนวก ช แบบสำรวจเดลฟาย (Delphi Survey) 83

ภาคผนวก ซ คำอธิบายและกรอบการพิจารณาของประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ 96

ภาคผนวก ฌ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับประเด็นยุทธศาสตร์สุขภาพ 106

ภาคผนวก ญ ประมวลฐานอำนาจทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับประเด็นยุทธศาสตร์สุขภาพ 110

# บทสรุปผู้บริหาร

ระบบสุขภาพของประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่ซับซ้อนและเชื่อมโยงกันมากขึ้นทั้งจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร การขยายตัวของเมือง การเคลื่อนย้ายประชากร ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีดิจิทัล และความผันผวนทางภูมิรัฐศาสตร์ ปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนและการจัดระบบสุขภาพในหลายมิติ มิได้จำกัดอยู่เฉพาะระบบบริการสาธารณสุข แต่สัมพันธ์กับนโยบายด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม เทคโนโลยี และการบริหารจัดการของภาคส่วนต่าง ๆ ภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 และแนวคิดทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policies: HiAP) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จึงดำเนินการทบทวนและสังเคราะห์สถานการณ์และช่องว่างของระบบสุขภาพ เพื่อกำหนดประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์สำหรับสนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

ความสำคัญของการจัดลำดับประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ คือ การสร้างจุดเน้นและทิศทางของการพัฒนาระบบสุขภาพของไทยอย่างชัดเจน ให้เกิดการจัดสรรทรัพยากร (เช่น งบประมาณ บุคลากร เวลา) ที่มีอยู่อย่างจำกัด และเพื่อสร้างผลกระทบต่อระบบสุขภาพสูงสุด ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและการบูรณาการการทำงานด้านระบบสุขภาพในทิศทางเดียวกันของทุกภาคส่วน และสามารถเตรียมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่อาจจะส่งผลกระทบกับระบบสุขภาพของประเทศได้ ทั้งนี้ การจัดลำดับความสำคัญดังกล่าวควรดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อเตรียมความพร้อมของระบบสุขภาพต่อการเปลี่ยนแปลงในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและสังเคราะห์สถานการณ์และช่องว่างของประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ พิจารณาระดับความสำคัญของประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมและเทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) และจัดทำข้อมูลและข้อเสนอสำหรับสนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม กระบวนการศึกษาเริ่มจากการทบทวนรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยตามสาระหมวดภายใต้ธรรมนูญฯ ร่วมกับเอกสารและนโยบายที่เกี่ยวข้อง และวิเคราะห์สถานการณ์และช่องว่าง (Gap Analysis) ก่อนสังเคราะห์เป็นประเด็นสำคัญ 7 ประเด็น ได้แก่ ระบบสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน ระบบสุขภาพชุมชนเมือง ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ระบบบริการสุขภาพ ระบบสุขภาพดิจิทัลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระบบสุขภาพชายแดน ประชากรข้ามชาติและบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร: ระบบสุขภาพเพื่อรองรับประชากรทุกช่วงวัย จากนั้นนำทั้ง 7 ประเด็นเข้าสู่กระบวนการเดลฟาย 3 รอบ โดยประเมินใน 5 มิติ ได้แก่ ความต้องการและผลกระทบ ความสอดคล้องกับนโยบาย ช่องว่างและความจำเป็นในการบูรณาการ ความเป็นไปได้ในการดำเนินการ และความเร่งด่วน รวมทั้งจัดเวทีคืนข้อมูลและรับข้อเสนอแนะเพื่อประกอบการสังเคราะห์ผลในขั้นสุดท้าย

ผลการพิจารณาพบว่า ประเด็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรได้รับค่าเฉลี่ยรวม 4.36 และมีผู้ให้คะแนนตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไปร้อยละ 86.1 รองลงมาคือระบบบริการสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 4.34 และร้อยละ 88.6 และระบบสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน มีค่าเฉลี่ย 4.34 และร้อยละ 88.1 โดยทั้งสามประเด็นอยู่ในระดับฉันทมติสูงและมีคะแนนใกล้เคียงกัน จึงสะท้อนว่าผู้ทรงคุณวุฒิให้ความสำคัญกับการรองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และการเสริมความเข้มแข็งของระบบปฐมภูมิในระดับใกล้เคียงกัน และควรพิจารณาขับเคลื่อนอย่างเชื่อมโยงกัน มากกว่าการตีความเป็นลำดับความสำคัญแบบแยกขาดจากกัน ระบบสุขภาพดิจิทัลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระบบสุขภาพชุมชนเมือง มีค่าเฉลี่ย 3.95 และ 3.93 ตามลำดับ และอยู่ใน

ระดับฉันทมติสูง ขณะที่ระบบสุขภาพชายแดน ประชากรข้ามชาติและบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ มีค่าเฉลี่ย 3.55 อยู่ในระดับฉันทมติปานกลาง ส่วนภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีค่าเฉลี่ย 3.25 และมีผู้ให้คะแนนตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไปร้อยละ 36.9 จึงอยู่ในระดับฉันทมติต่ำตามเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งนี้ผลดังกล่าวสะท้อนระดับความเห็นร่วมต่อความสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ภายใต้บริบทและช่วงเวลาที่ศึกษา มิได้หมายความว่าประเด็นที่ได้รับคะแนนต่ำกว่าจะไม่มีความสำคัญหรือไม่ควรได้รับการพัฒนาและขับเคลื่อนต่อไป สำหรับการพัฒนาระบบสุขภาพในระยะต่อไปจึงควรดำเนินการทั้งในระดับองค์ประกอบพื้นฐานร่วมของระบบและประเด็นเฉพาะควบคู่กัน โดยให้ความสำคัญกับการวางแผนและบริหารกำลังคนให้สอดคล้องกับภาระสุขภาพและบริบทพื้นที่ การสร้างความยั่งยืนทางการเงินการคลัง การพัฒนาระบบข้อมูลที่สามารถเชื่อมโยงและใช้ประโยชน์ร่วมกัน และการพัฒนากลไกอภิบาลที่เอื้อต่อการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานและภาคส่วน ขณะเดียวกัน การรองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรควรดำเนินการในมุมมองตลอดช่วงชีวิต ครอบคลุมตั้งแต่เด็ก เยาวชน วัยแรงงาน ประชากรก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ตลอดจนการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวและการดูแลแบบประคับประคอง

ผลการศึกษานี้ใช้เป็นฐานสำหรับการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม โดยไม่ใช้คะแนนเดลฟายเป็นเกณฑ์ในการเลือกดำเนินการเฉพาะประเด็นที่มีคะแนนสูง แต่พิจารณาร่วมกันทั้งระดับความสำคัญ ฉันทมติ ความเร่งด่วน ช่องว่าง ความเป็นไปได้ และความเชื่อมโยงระหว่างประเด็น ควรเชื่อมผลการศึกษาเข้าสู่กลไกนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่มีอยู่ และทบทวนสถานการณ์และระดับความสำคัญของประเด็นเป็นระยะ รวมทั้งนำประเด็นใหม่ที่ได้รับการเสนอจากผู้ทรงคุณวุฒิ อาทิ ปัจจัยกำหนดสุขภาพเชิงพาณิชย์ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและโรคอุบัติใหม่ สุขภาวะทางปัญญา และความเป็นธรรมทางสุขภาพมาประกอบการทบทวนในรอบต่อไป จากผลการศึกษา มีข้อเสนอแนะต่อการนำประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ไปใช้ประโยชน์ ดังนี้ (1) พัฒนาระบบข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพให้เชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน และใช้ข้อมูลภาระสุขภาพ โครงสร้างประชากร และบริบทพื้นที่ประกอบการวางแผน การกระจาย และการธำรงรักษาบุคลากร (2) ทบทวนการจัดสรรทรัพยากรและกลไกทางการเงินให้สะท้อนจำนวนประชากรที่ใช้บริการจริง ภาระบริการ และความแตกต่างของพื้นที่ โดยเฉพาะพื้นที่เมือง ชายแดน และพื้นที่ที่มีประชากรแฝงหรือประชากรที่ตกหล่นจากระบบหลักประกันสุขภาพ (3) พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพให้มีมาตรฐาน เชื่อมโยงและใช้ประโยชน์ร่วมกันได้ ภายใต้การกำกับดูแลและคุ้มครองข้อมูลที่เหมาะสม (4) พัฒนาสิทธิประโยชน์และการจัดบริการให้สอดคล้องกับความจำเป็นของประชากรแต่ละกลุ่ม โดยเฉพาะประชากรเคลื่อนย้าย แรงงานข้ามชาติ และบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพ (5) ทบทวนบทบาท อำนาจหน้าที่ และกลไกประสานงานของหน่วยงานที่มีอยู่ให้ชัดเจน โดยเฉพาะระบบปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. การบริหารกำลังคน และการจัดการสุขภาพชายแดน (6) ใช้ผลการศึกษาเพื่อกำหนดทิศทางนโยบายโดยพิจารณาร่วมกันทั้งหลักฐาน ช่องว่าง ฉันทมติ ความเร่งด่วน ความเป็นไปได้ และบริบท โดยประเด็นที่มีฉันทมติต่ำควรพิจารณาการบูรณาการกับประเด็นอื่นหรือพัฒนาฐานหลักฐานเพิ่มเติม (7) เชื่อมผลการศึกษาเข้าสู่กลไกนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม และจัดให้มีการทบทวนประเด็นเชิงยุทธศาสตร์เป็นระยะ พร้อมนำประเด็นใหม่เข้าสู่การวิเคราะห์ในรอบต่อไป (8) พัฒนาระบบบริการและระบบสุขภาพปฐมภูมิให้รองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรตลอดช่วงชีวิต รวมถึงการดูแลระยะยาวและการดูแลแบบประคับประคอง และ (9) พัฒนาระบบข้อมูล กลไกอภิบาล และกลไกทางการเงินสำหรับพื้นที่และประชากรที่มีความซับซ้อน ให้สะท้อนภาระบริการที่แท้จริงและสนับสนุนการประสานงานข้ามภาคส่วน โดยเฉพาะประเด็นสุขภาพที่เชื่อมโยงกับความมั่นคงและความผันผวนทางภูมิรัฐศาสตร์

# บทที่ 1 บทนำ

## 1.1 ที่มาและความสำคัญ

ระบบสุขภาพของประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของบริบทอย่างรวดเร็วและมีความซับซ้อนเพิ่มขึ้น ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร การขยายตัวของความเป็นเมือง ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีดิจิทัล ความผันผวนทางภูมิรัฐศาสตร์ ตลอดจนการเคลื่อนย้ายประชากรข้ามพรมแดน ปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อสุขภาพและระบบสุขภาพของประเทศในหลายมิติ โดยมิได้จำกัดอยู่เฉพาะการแพทย์และการสาธารณสุข หากแต่เชื่อมโยงกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of Health) ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม การศึกษา การบริหารจัดการภาครัฐ การปกครองท้องถิ่น และเทคโนโลยี ซึ่งหลายปัจจัยอยู่นอกเหนือขอบเขตอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานด้านสาธารณสุขเพียงลำพัง

ภายใต้บริบทดังกล่าว ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 มีบทบาทสำคัญในฐานะกรอบและแนวทางในการกำหนดทิศทางการพัฒนานโยบายเพื่อสุขภาพและระบบสุขภาพของประเทศ โดยให้ความสำคัญกับการสร้างระบบสุขภาพที่เป็นธรรม การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และการคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพในการกำหนดนโยบายสาธารณะ แนวคิด “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” (Health in All Policies: HiAP) จึงเป็นกรอบสำคัญที่ช่วยให้การพิจารณาปัญหาและความท้าทายของระบบสุขภาพขยายจากมิติของระบบบริการสุขภาพไปสู่การวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างนโยบายและปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม การศึกษา และบริบทอื่นที่มีผลต่อสุขภาวะของประชาชน

ความสำคัญของการจัดลำดับประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ คือ การสร้างจุดเน้นและทิศทางของการพัฒนาระบบสุขภาพของไทยอย่างชัดเจน ให้เกิดการจัดสรรทรัพยากร (เช่น งบประมาณ บุคลากร เวลา) ที่มีอยู่อย่างจำกัด และเพื่อสร้างผลกระทบต่อระบบสุขภาพสูงสุด ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและการบูรณาการการทำงานด้านระบบสุขภาพในทิศทางเดียวกันของทุกภาคส่วน และสามารถเตรียมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงที่อาจจะส่งผลกระทบกับระบบสุขภาพของประเทศได้ ทั้งนี้ การจัดลำดับความสำคัญดังกล่าวควรดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อเตรียมความพร้อมของระบบสุขภาพต่อการเปลี่ยนแปลงในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จึงได้ดำเนินการทบทวนและสังเคราะห์ข้อมูลจากรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยตามสาระหมวดภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 รวมทั้งเอกสารและนโยบายที่เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา แนวโน้ม และช่องว่างเชิงระบบ (Gap Analysis) และนำไปสู่การกำหนดประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ ทั้งนี้ จากกระบวนการทบทวนและสังเคราะห์ข้อมูลได้พัฒนาเป็นประเด็นสำคัญจำนวน 7 ประเด็น เพื่อเข้าสู่กระบวนการพิจารณาและสร้างฉันทมติจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากหลายภาคส่วน

การกำหนดประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์มีความจำเป็น เนื่องจากระบบสุขภาพของประเทศต้องเผชิญกับข้อจำกัดด้านทรัพยากร งบประมาณ กำลังคน และศักยภาพในการดำเนินนโยบาย ขณะที่ประเด็นปัญหาและความท้าทายมีจำนวนมากและเชื่อมโยงกันอย่างซับซ้อน การพิจารณาว่าประเด็นใดควรเป็นประเด็นสำคัญเชิงนโยบายจึงควรตั้งอยู่บนข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ ควบคู่กับการพิจารณาความต้องการและผลกระทบ ความสอดคล้องเชิงนโยบาย ช่องว่างและความจำเป็นในการบูรณาการ ความเป็นไปได้ในการดำเนินการ และความเร่งด่วน

นอกจากฐานข้อมูลเชิงประจักษ์แล้ว การมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องยังเป็นองค์ประกอบสำคัญของกระบวนการดังกล่าว เนื่องจากประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพมิได้อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง การเปิดพื้นที่ให้ภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม และภาคีเครือข่ายร่วมพิจารณาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจึงช่วยให้การกำหนดประเด็นสำคัญสะท้อนมุมมองที่หลากหลาย มีความชอบธรรม และสามารถเชื่อมโยงไปสู่การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น การดำเนินงานครั้งนี้จึงมุ่งเชื่อมโยง หลักฐานเชิงประจักษ์ การวิเคราะห์ช่องว่าง และฉันทมติจากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ได้ชุดประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ที่สามารถใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาขององค์กร หน่วยงาน ชุมชน ท้องถิ่น และกลไกต่าง ๆ ในการกำหนดทิศทางและขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศให้สอดคล้องกับสถานการณ์และความท้าทายในระยะต่อไป

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อทบทวนและสังเคราะห์สถานการณ์และช่องว่างของประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ
2. เพื่อกำหนดและพิจารณาระดับความสำคัญของประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมและเทคนิคเดลฟาย
3. เพื่อจัดทำข้อมูลและข้อเสนอสำหรับสนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

## 1.3 ขอบเขตการดำเนินงาน

ขอบเขตด้านเนื้อหา ครอบคลุมประเด็นสำคัญ 7 ประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ ซึ่งได้จากการทบทวนและสังเคราะห์สถานการณ์และช่องว่างของระบบสุขภาพ โดยใช้แนวคิดทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policies: HiAP) เป็นกรอบแนวคิดหลักที่ครอบคลุมการวิเคราะห์ทั้ง 7 ประเด็น เพื่อพิจารณาความเชื่อมโยงระหว่างนโยบายของภาคส่วนต่าง ๆ กับผลกระทบต่อสุขภาพและระบบสุขภาพของประเทศ รวมทั้งใช้มุมมอง One Health ประกอบการพิจารณาความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพมนุษย์ สังคม สิ่งแวดล้อม และบริบทที่เกี่ยวข้อง

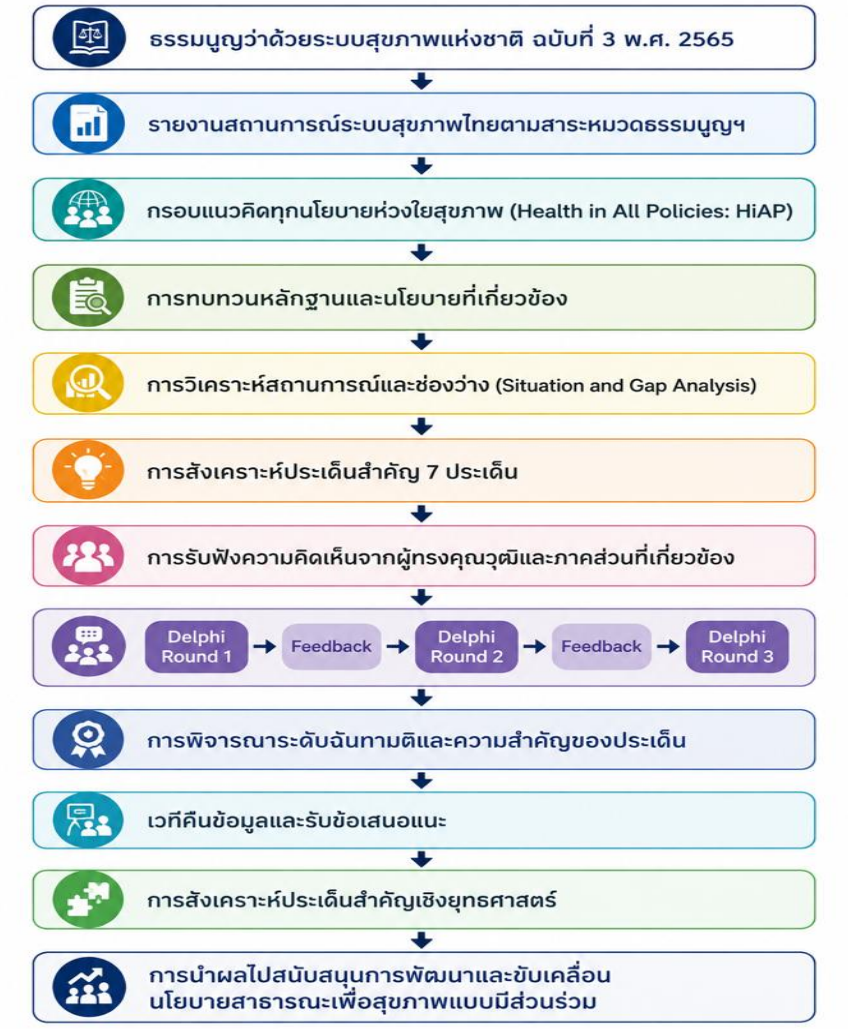
ขอบเขตด้านกระบวนการ ครอบคลุมการทบทวนเอกสาร รายงานสถานการณ์ และนโยบายที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์สถานการณ์และช่องว่างเชิงระบบ (Gap Analysis) การสังเคราะห์ประเด็นสำคัญ การรับฟังความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง การพิจารณาระดับความสำคัญและสร้างฉันทมติด้วยเทคนิคเดลฟายจำนวน 3 รอบ ตลอดจนการจัดเวทีคืนข้อมูลและรับข้อเสนอแนะเพื่อนำมาประกอบการสังเคราะห์ประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์

ขอบเขตด้านเวลา ครอบคลุมการดำเนินงานตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึง เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2569 ตั้งแต่กระบวนการทบทวนเอกสารและวิเคราะห์สถานการณ์ การดำเนินกระบวนการเดลฟาย การคืนข้อมูลและรับข้อเสนอแนะ จนถึงการจัดทำรายงานและนำผลไปใช้ประกอบการพิจารณาของกลไกที่เกี่ยวข้อง

# บทที่ 2 ระเบียบวิธีการศึกษา

## 2.1 กรอบแนวคิดการดำเนินงาน

การศึกษาครั้งนี้กำหนดกรอบแนวคิดการดำเนินงานโดยเชื่อมโยงตั้งแต่กรอบนโยบายระดับชาติ การทบทวนสถานการณ์และหลักฐานเชิงประจักษ์ การวิเคราะห์ช่องว่างของระบบสุขภาพ การสังเคราะห์ประเด็นสำคัญ ตลอดจนการพิจารณาความสำคัญและสร้างฉันทมติผ่านกระบวนการเดลฟาย (Delphi Technique) เพื่อนำไปสู่การกำหนดประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์และการนำผลไปใช้สนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ดังแสดงในภาพที่ 1 ภายใต้กรอบดังกล่าว แนวคิดทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policies: HiAP) ถูกใช้เป็นกรอบในการพิจารณาความเชื่อมโยงระหว่างประเด็นด้านสุขภาพกับนโยบายและปัจจัยกำหนดสุขภาพจากภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อให้การวิเคราะห์มิได้จำกัดอยู่เฉพาะระบบบริการสุขภาพ แต่ครอบคลุมมิติทางเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และบริบทอื่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะและระบบสุขภาพของประเทศ




ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการดำเนินงาน

### 2.2 การทบทวนและคัดเลือกเอกสาร

การทบทวนเอกสารใช้รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยตามสาระหมวดภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 เป็นแหล่งข้อมูลหลัก ร่วมกับเอกสารวิชาการ รายงานการศึกษา เอกสารนโยบาย และมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ แนวโน้ม ผลการดำเนินงาน ปัญหา และช่องว่างของระบบสุขภาพในแต่ละประเด็น เอกสารที่นำมาประกอบการทบทวนครอบคลุมประเด็นด้านบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การสร้างเสริมสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ การเงินการคลังด้านสุขภาพ สุขภาพจิต ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ รวมถึงรายงานเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพชุมชนเมืองและประเด็นเชิงนโยบายอื่นที่มีความสัมพันธ์กับระบบสุขภาพ ข้อมูลจากเอกสารแต่ละแหล่งถูกนำมาสังเคราะห์โดยมุ่งพิจารณา 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ (1) สถานการณ์และแนวโน้มที่สำคัญ (2) นโยบาย มาตรการ หรือกลไกที่มีอยู่ (3) ปัญหาและข้อจำกัดของการดำเนินงาน และ (4) ช่องว่างระหว่างสถานการณ์ปัจจุบันกับทิศทางหรือผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ตามกรอบนโยบายและธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

### 2.3 การวิเคราะห์สถานการณ์และช่องว่าง

การวิเคราะห์สถานการณ์และช่องว่างใช้กรอบการวิเคราะห์ร่วมกันสำหรับประเด็นสำคัญทั้ง 7 ประเด็น โดยพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ปัจจุบัน ทิศทางหรือสถานการณ์ที่พึงประสงค์ และช่องว่างที่ยังคงมีอยู่ เพื่อนำไปสู่การระบุประเด็นที่มีนัยสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ ทั้งนี้ การวิเคราะห์ดังกล่าวมิได้พิจารณาเฉพาะการมีอยู่ของปัญหา แต่ให้ความสำคัญกับการเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่ระบบสามารถดำเนินการได้ในปัจจุบันกับทิศทาง เป้าหมาย หรือผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ตามกรอบนโยบายที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถระบุช่องว่างเชิงระบบและประเด็นที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาได้อย่างมีเหตุผลและมีหลักฐานรองรับ โดยผลการวิเคราะห์สถานการณ์และช่องว่างถูกนำไปใช้เป็นฐานในการสังเคราะห์ประเด็นสำคัญสำหรับเข้าสู่กระบวนการรับฟังความคิดเห็นและกระบวนการเดลฟายในขั้นตอนต่อไป

### 2.4 การสังเคราะห์และพัฒนาประเด็นสำคัญ

จากการทบทวนเอกสารและวิเคราะห์สถานการณ์และช่องว่าง คณะผู้ศึกษาได้สังเคราะห์ประเด็นที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สะท้อนถึงผลกระทบต่อระบบสุขภาพ และมีช่องว่างหรือความท้าทายที่จำเป็นต้องได้รับการพิจารณาในระดับนโยบายและระบบ โดยจัดกลุ่มและพัฒนาเป็นประเด็นสำคัญจำนวน 7 ประเด็น ได้แก่ (1) ระบบสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน (2) ระบบสุขภาพชุมชนเมือง (3) ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ (4) ระบบบริการสุขภาพ (5) ระบบสุขภาพดิจิทัลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ (6) ระบบสุขภาพชายแดน ประชากรข้ามชาติและบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ และ (7) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร: ระบบสุขภาพเพื่อรองรับประชากรทุกช่วงวัย

ภายหลังการนำเสนอผลการทบทวนต่อผู้ทรงคุณวุฒิ มีข้อเสนอให้พิจารณาประเด็นเพิ่มเติม ได้แก่ ปัจจัยกำหนดสุขภาพเชิงพาณิชย์ (Commercial Determinants of Health) การเปลี่ยนแปลงสภาพ

ภูมิอากาศและโรคอุบัติใหม่ สุขภาวะทางปัญญา และความเป็นธรรมทางสุขภาพ (Health Equity) อย่างไรก็ตาม ประเด็นดังกล่าวมิได้ถูกรวมเข้าสู่การประเมินด้วยกระบวนการเดลฟายในการดำเนินงานครั้งนี้ และถูกบันทึกไว้เพื่อประกอบการทบทวนและพิจารณาในการดำเนินงานระยะต่อไป

## 2.5 ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

การคัดเลือกผู้เข้าร่วมกระบวนการมุ่งให้ครอบคลุมผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพจากหลายภาคส่วน เพื่อให้ความคิดเห็นที่ได้รับสะท้อนมุมมองจากทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาและขับเคลื่อนระบบสุขภาพของประเทศ จำนวน 47 คน (ภาคผนวก ก) ผู้เข้าร่วมได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์และช่องว่างของทั้ง 7 ประเด็น รวมทั้งคำอธิบายขอบเขตและเกณฑ์การพิจารณา เพื่อใช้ประกอบการให้ความคิดเห็นและการประเมินในแต่ละรอบของกระบวนการเดลฟาย

## 2.6 กระบวนการเดลฟาย

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) เพื่อรวบรวมความคิดเห็นและพิจารณาระดับฉันทมติที่ผ่านการไตร่ตรองของผู้ทรงคุณวุฒิต่อประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ ใน 5 ปีข้างหน้า โดยดำเนินการจำนวน 3 รอบ แต่ละรอบใช้กรอบการประเมิน 5 มิติเดียวกัน ได้แก่ ความต้องการและผลกระทบ ความสอดคล้องกับนโยบาย ช่องว่างและความจำเป็นในการบูรณาการ ความเป็นไปได้ในการดำเนินการ และความเร่งด่วน ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในแบบสำรวจเดลฟาย

### 2.6.1 การดำเนินการรอบที่ 1

การดำเนินการรอบที่ 1 เริ่มจากการประชุมเมื่อวันที่ 5 มิถุนายน 2569 เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมพิจารณาความเหมาะสม ความชัดเจน และขอบเขตของประเด็นสำคัญทั้ง 7 ประเด็น ตลอดจนให้ข้อคิดเห็นต่อสถานการณ์ ช่องว่าง และองค์ประกอบที่ควรให้ความสำคัญก่อนดำเนินการประเมินในขั้นตอนต่อไป (ภาคผนวก ง - ช เอกสารประกอบการประชุมวันที่ 5 มิถุนายน) ข้อคิดเห็นจากการประชุมสะท้อนความจำเป็นในการปรับประเด็นให้มีความชัดเจนเพียงพอสำหรับการพิจารณา โดยมีข้อสังเกตสำคัญว่าความชัดเจนของประเด็น (Clarity) มีความสำคัญต่อประสิทธิภาพของกระบวนการเดลฟายมากกว่าการกำหนดประเด็นให้มีขอบเขตกว้างเพื่อครอบคลุมทุกมิติ นอกจากนี้ ที่ประชุมยังเสนอให้พิจารณาจุดคานงัด (Leverage Points) สำหรับการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ รวมถึงให้ความสำคัญกับการจำแนกปัญหาสุขภาพออกจากประเด็นเชิงระบบสุขภาพให้ชัดเจน ภายหลังการประชุม คณะผู้ศึกษาได้นำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาทบทวนและปรับความชัดเจนของขอบเขตและสาระสำคัญของทั้ง 7 ประเด็น โดยเฉพาะการลดความทับซ้อนระหว่างประเด็น การกำหนดขอบเขตให้สามารถประเมินได้อย่างชัดเจน และการระบุจุดคานงัดที่อาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ ก่อนนำไปใช้ในกระบวนการเดลฟายต่อไป คณะผู้ศึกษาจึงจัดทำเอกสารขอบเขตและสาระสำคัญของ 7 ประเด็น เพื่อประกอบการพิจารณาเทคนิคเดลฟายรอบ 2 และ 3 (ภาคผนวก ซ คำอธิบายและกรอบการพิจารณาของประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ)

**2.6.2 การดำเนินการเดลฟายรอบที่ 2**

การดำเนินการเดลฟายรอบที่ 2 จัดขึ้นระหว่างวันที่ 15–19 มิถุนายน 2569 ผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิประเมินประเด็นทั้ง 7 ประเด็นภายใต้เกณฑ์ 5 มิติเดียวกับรอบก่อนหน้า ทั้งนี้ การประเมินซ้ำมีวัตถุประสงค์เพื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของความคิดเห็นและระดับความสอดคล้องของการประเมินภายหลังได้รับข้อมูลป้อนกลับจากรอบก่อนหน้า จากนั้นดำเนินการให้ข้อมูลป้อนกลับ (Controlled Feedback) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของกระบวนการเดลฟาย โดยผู้ทรงคุณวุฒิได้รับข้อมูลสรุปเกี่ยวกับแนวโน้มความคิดเห็นของกลุ่มจากรอบก่อนหน้าเพื่อประกอบการทบทวนและประเมินความคิดเห็นของตนเองในรอบถัดไป ทั้งนี้ การให้ข้อมูลป้อนกลับมีวัตถุประสงค์เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ตอบพิจารณามุมมองของตนเปรียบเทียบกับแนวโน้มโดยรวมของกลุ่ม มิใช่เพื่อกำหนดหรือชี้นำให้ผู้ตอบเปลี่ยนความคิดเห็นไปในทิศทางเดียวกัน

**2.6.3 การดำเนินการเดลฟายรอบที่ 3**

การดำเนินการเดลฟายรอบที่ 3 จัดขึ้นระหว่างวันที่ 29 มิถุนายน–3 กรกฎาคม 2569 ผ่านการสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิในรอบสุดท้ายภายหลังได้รับข้อมูลป้อนกลับจากรอบก่อนหน้า และใช้ผลการประเมินสำหรับพิจารณาระดับความสำคัญและฉันทมติของประเด็นทั้ง 7 ประเด็นในขั้นสุดท้าย

**เกณฑ์การประเมิน**

การประเมินประเด็นสำคัญทั้ง 7 ประเด็นใช้เกณฑ์ 5 มิติ ซึ่งพัฒนาขึ้นเพื่อให้ครอบคลุมทั้งผลกระทบ ความสอดคล้องกับทิศทางนโยบาย ช่องว่างของระบบ ความเป็นไปได้ในการขับเคลื่อน และความเร่งด่วนของประเด็น โดยมีรายละเอียดดังนี้

(1) ความต้องการและผลกระทบ (Need and Impact) หมายถึง ระดับที่ประเด็นนั้นสะท้อนความต้องการหรือก่อให้เกิดประโยชน์และผลกระทบต่อประชาชนและสังคมไทยในปัจจุบัน มีความสอดคล้องกับสถานการณ์โลก และมีศักยภาพนำไปสู่การแก้ไขปัญหาเชิงโครงสร้างภายในระยะ 5 ปี

(2) ความสอดคล้องกับนโยบาย (Policy Alignment) หมายถึง ระดับความสอดคล้องของประเด็นกับนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

(3) ช่องว่างและความจำเป็นในการบูรณาการ (Gap and Integration) หมายถึง ระดับที่ประเด็นนั้นสะท้อนช่องว่างของระบบหรือสังคม ยังขาดเจ้าภาพหรือกลไกการขับเคลื่อนที่เป็นรูปธรรม หรือมีความจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือและการบูรณาการข้ามภาคส่วน (Inter-sectoral Collaboration)

(4) ความเป็นไปได้ในการดำเนินการ (Feasibility) หมายถึง ระดับความเป็นไปได้ในการขับเคลื่อนประเด็นให้เกิดผลภายในระยะ 5 ปี โดยพิจารณาประกอบกับข้อจำกัดด้านกฎหมาย งบประมาณ กำลังคน บริบททางการเมือง และศักยภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(5) ความเร่งด่วน (Urgency) หมายถึง ระดับความจำเป็นในการดำเนินการในช่วงเวลาปัจจุบัน โดยพิจารณาจากความเสียหายหรือผลกระทบที่อาจเพิ่มขึ้น หรือยากต่อการแก้ไขในอนาคตหากการดำเนินการล่าช้า

โดยในแต่ละมิติประเมินด้วยมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 1 “น้อยที่สุด” ถึงระดับ 5 “มากที่สุด” โดยกำหนดคำอธิบายของแต่ละระดับไว้ในแบบสำรวจเพื่อให้ผู้ตอบใช้กรอบการพิจารณาที่สอดคล้องกัน แบบสำรวจต้นทางกำหนดให้การให้คะแนนแต่ละมิติเป็นอิสระต่อกัน

**ตารางที่ 1** เกณฑ์การพิจารณาในกระบวนการเดลฟาย

| มิติ | เกณฑ์การพิจารณา |
|---|---|
| ก. ความต้องการและผลกระทบ | ประเด็นนั้นสะท้อนความต้องการหรือก่อให้เกิดประโยชน์และผลกระทบต่อประชาชนและสังคมไทยในปัจจุบัน มีความสอดคล้องกับสถานการณ์โลก และมีศักยภาพนำไปสู่การแก้ไขปัญหาเชิงโครงสร้างภายในระยะ 5 ปี |
| ข. ความสอดคล้องกับนโยบาย | ความสอดคล้องของประเด็นกับนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ |
| ค. ช่องว่างและความจำเป็นในการ บูรณาการ | ช่องว่างของระบบหรือสังคม ยังขาดเจ้าภาพหรือกลไกการขับเคลื่อนที่เป็นรูปธรรม หรือมีความจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือและการบูรณาการข้ามภาคส่วน (Inter-sectoral Collaboration) |
| ง. ความเป็นไปได้ในการดำเนินการ | ความเป็นไปได้ในการขับเคลื่อนประเด็นให้เกิดผลภายในระยะ 5 ปี โดยพิจารณาประกอบกับข้อจำกัดด้านกฎหมาย งบประมาณ กำลังคน บริบททางการเมือง และศักยภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง |
| จ. ความเร่งด่วน | ความจำเป็นในการดำเนินการในช่วงเวลาปัจจุบัน โดยพิจารณาจากความเสียหายหรือผลกระทบที่อาจเพิ่มขึ้น หรือยากต่อการแก้ไขในอนาคตหากการดำเนินการล่าช้า |

**ระดับคะแนน**

| ระดับ | ความหมาย |
|---|---|
| น้อยที่สุด | ประเด็นนี้มีความสำคัญน้อยที่สุดในการแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างใน 5 ปีข้างหน้า |
| น้อย | ประเด็นนี้มีความสำคัญน้อยในการแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างใน 5 ปีข้างหน้า |
| ปานกลาง | ประเด็นนี้มีความสำคัญปานกลางในการแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างใน 5 ปีข้างหน้า |
| มาก | ประเด็นนี้มีความสำคัญมากในการแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างใน 5 ปีข้างหน้า |
| มากที่สุด | ประเด็นนี้มีความสำคัญมากที่สุดในการแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างใน 5 ปีข้างหน้า |

## 2.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลจากแบบสำรวจเดลฟายนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายทั้งระดับความคิดเห็นและการกระจายของความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่ามัธยฐาน (Median) เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 (P25) เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 (P75) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IQR = P75 – P25) และร้อยละของผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คะแนนตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป (%≥4)

การแปลผลค่าเฉลี่ยกำหนดเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึง มีความสำคัญมากที่สุด 3.51–4.50 หมายถึง มีความสำคัญมาก 2.51–3.50 หมายถึง มีความสำคัญปานกลาง 1.51–2.50 หมายถึง มีความสำคัญน้อย และ 1.00–1.50 หมายถึง มีความสำคัญน้อยที่สุด นอกจากการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นในแต่ละรอบแล้ว ยังพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของคะแนนและการกระจายของความคิดเห็นระหว่างรอบ เพื่อประเมินแนวโน้มการเข้าสู่ฉันทมติของผู้ทรงคุณวุฒิ

**การแปลผลค่ามัธยฐาน**

ใช้เกณฑ์การแปลผลเช่นเดียวกับค่าเฉลี่ย โดยมัธยฐานเท่ากับ 5 หมายถึง มีความสำคัญมากที่สุด มัธยฐานเท่ากับ 4 หมายถึง มีความสำคัญมาก มัธยฐานเท่ากับ 3 หมายถึง มีความสำคัญปานกลาง มัธยฐานเท่ากับ 2 หมายถึง มีความสำคัญน้อย และมัธยฐานเท่ากับ 1 หมายถึง มีความสำคัญน้อยที่สุด

**เกณฑ์การพิจารณาฉันทมติ**

การพิจารณาระดับฉันทมติ (Consensus) ใช้เกณฑ์แบบผสม โดยพิจารณาค่าเฉลี่ย (Mean) ร่วมกับร้อยละของผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คะแนนตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป (%≥4) เพื่อสะท้อนทั้งระดับความคิดเห็นโดยรวมและสัดส่วนของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความคิดเห็นในระดับมากถึงมากที่สุด โดยกำหนดเกณฑ์ดังนี้

| ระดับฉันทมติ | เกณฑ์ | การแปลความหมาย |
|---|---|---|
| ระดับสูง | Mean ≥ 3.50 และ %≥4 ≥ 70% | ผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่อย่างชัดเจนมีความคิดเห็นในระดับมากถึงมากที่สุด |
| ระดับปานกลาง | Mean ≥ 3.00 และ %≥4 ≥ 50% | ผู้ทรงคุณวุฒิมากกว่าครึ่งหนึ่งมีความคิดเห็นในระดับมากถึงมากที่สุด แต่ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ระดับสูง |
| ระดับต่ำ | Mean < 3.00 หรือ %≥4 < 50% | ระดับความคิดเห็นยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ฉันทมติระดับปานกลางหรือระดับสูง |

หมายเหตุ: เกณฑ์ Mean ร่วมกับ %≥4 ข้างต้นใช้เป็นเกณฑ์หลักในการจำแนกระดับฉันทมติของทุกประเด็นอย่างสอดคล้องกันในทุกรอบการสำรวจ (รอบที่ 1–3) ส่วนค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) ที่นำเสนอควบคู่กันเป็นเพียงดัชนีเสริมเพื่อยืนยันทิศทางและความสอดคล้องของความคิดเห็น ไม่ได้ใช้กำหนดระดับฉันทมติแยกต่างหากในรอบใดรอบหนึ่ง

## 2.8 เวทีคืนข้อมูลและรับข้อเสนอแนะ

ภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการเดลฟายทั้ง 3 รอบ ได้กำหนดให้มีเวทีคืนข้อมูลและรับข้อเสนอแนะต่อประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ในวันที่ 15 กรกฎาคม 2569 เพื่อสื่อสารผลการศึกษาแก่ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ตลอดจนเปิดโอกาสให้มีการพิจารณา ตีความ และให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมต่อผลการศึกษาในบริบทของการพัฒนาและขับเคลื่อนระบบสุขภาพของประเทศ ข้อมูลและข้อคิดเห็นจากเวทีดังกล่าวถูกนำมาใช้ประกอบการตีความผลเชิงปริมาณจากกระบวนการเดลฟาย และการสังเคราะห์ข้อค้นพบและข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ โดยมิได้นำมาใช้เปลี่ยนแปลงคะแนนหรือระดับฉันทมติที่ได้จากกระบวนการเดลฟาย

## 2.9 การสังเคราะห์ผลขั้นสุดท้าย

การสังเคราะห์ผลขั้นสุดท้ายใช้การบูรณาการข้อมูลจาก 3 แหล่งหลัก ได้แก่ (1) ผลการทบทวนสถานการณ์และการวิเคราะห์ช่องว่างของประเด็นสำคัญทั้ง 7 ประเด็น (2) ผลเชิงปริมาณและความคิดเห็นจากกระบวนการเดลฟายทั้ง 3 รอบ และ (3) ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากกระบวนการรับฟังความคิดเห็นและเวทีคืนข้อมูล เพื่อพัฒนาเป็นข้อค้นพบและประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ เพื่อรักษาความชัดเจนในการตีความ รายงานแบ่งระดับของข้อมูลและข้อค้นพบออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ (1) หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence) หมายถึง ข้อมูลสถานการณ์และข้อค้นพบจากเอกสารที่ทบทวน (2) ช่องว่าง (Gap) หมายถึง ความแตกต่างระหว่างสถานการณ์ปัจจุบันกับสถานการณ์หรือผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ (3) ฉันทมติของผู้ทรงคุณวุฒิ (Expert Consensus) หมายถึง ผลการประเมินและระดับความเห็นร่วมที่ได้จากกระบวนการเดลฟาย และ (4) ผลการสังเคราะห์เชิงยุทธศาสตร์ หมายถึง ผลการสังเคราะห์และตีความร่วมกันระหว่างหลักฐาน ช่องว่าง และผลจากกระบวนการเดลฟาย เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอสำหรับการพัฒนาและขับเคลื่อนระบบสุขภาพ

# บทที่ 3 ผลการทบทวนสถานการณ์และช่องว่าง (Gap Analysis) ของประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ

ในบทนี้เป็นการทบทวนสถานการณ์และวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap Analysis) ของประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ ภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 โดยใช้แนวคิด “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” (Health in All Policies: HiAP) เป็นกรอบแนวคิดหลักที่ครอบคลุมทุกประเด็น เนื่องจากการที่ทุกภาคส่วนคำนึงถึงสุขภาพในการกำหนดนโยบายเป็นเงื่อนไขพื้นฐานของความสำเร็จในทุกมิติของระบบสุขภาพ โดยมุ่งให้นโยบายทุกภาคส่วน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และการศึกษา คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพอย่างเป็นระบบ ภายใต้แนวคิด One Health Policy

การทบทวนครั้งนี้ครอบคลุมประเด็นสำคัญ 7 ประเด็น ได้แก่ 1) ระบบสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน (การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) 2) ระบบสุขภาพชุมชนเมือง 3) ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก 4) ระบบบริการด้านสุขภาพ 5) ระบบสุขภาพดิจิทัลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6) ระบบสุขภาพชายแดน ประชากรข้ามชาติและบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ และ 7) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร: ระบบสุขภาพเพื่อรองรับประชากรทุกช่วงวัย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

## 1. ระบบสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน (Primary Care and Community Health)

### 1.1 สถานการณ์

ระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยถือเป็นรากฐานสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวม จุดเน้นที่การดูแลใกล้บ้าน ใกล้ชุมชน ผ่านหน่วยบริการปฐมภูมิ อสม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายภาคประชาชนในพื้นที่ โดยหน่วยบริการหนึ่งแห่งรับผิดชอบประชากรเฉลี่ย 8,000-12,000 คน [1] ซึ่งในช่วงที่ผ่านมามีการพัฒนาคุณภาพอย่างก้าวกระโดด โดยพบว่าร้อยละของสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิที่ได้รับการรับรองคุณภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 39.61 ในปี พ.ศ. 2567 เป็นร้อยละ 74.25 ในปี พ.ศ. 2568 [2] และมีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านมาตรฐานตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ได้ถึง 3,180 หน่วย ซึ่งบรรลุเป้าหมายระดับชาติที่ตั้งไว้ [1] นอกจากนี้ การขับเคลื่อนนโยบาย “3 หมอ” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 ยังส่งผลให้กลไกภาคประชาชนเข้มแข็งขึ้น โดยพบว่าแกนนำสุขภาพอย่าง อสม.) ถึงร้อยละ 98.52 มีสมรรถนะและศักยภาพในการจัดการสุขภาพชุมชนบรรลุตามเกณฑ์เป้าหมาย [2] สะท้อนศักยภาพของภาคประชาชนในฐานะหุ้นส่วนสำคัญของการดูแลสุขภาพระดับชุมชน มิใช่เพียงผู้รับบริการ อย่างไรก็ตาม ระบบสุขภาพชุมชนกำลังเผชิญความท้าทายครั้งใหญ่ในช่วงเปลี่ยนผ่านจากการกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ซึ่งแม้จะมีเป้าหมายเพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจบริหารจัดการโครงสร้าง บุคลากร และงบประมาณอย่างเบ็ดเสร็จ [3] แต่ในทางปฏิบัติกลับก่อให้เกิดภาวะ เกิดความซ้ำซ้อนเชิงโครงสร้างในการ

บริหารระบบสุขภาพปฐมภูมิและภาวะขาดความชัดเจนของกลไกอภิบาลในการกำกับดูแลร่วมกันระหว่าง อบจ., สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และ สปสช. [4] ประกอบกับกระบวนการถ่ายโอน รพ.สต. ไปยัง อบจ. เผชิญความล่าช้าจากการที่บุคลากรสาธารณสุขร้อยละ 20-50 ยังมีความกังวลต่อการโอนย้าย เนื่องจากความกังวลเรื่องเส้นทางความก้าวหน้าทางอาชีพ [3] วิกฤตการณ์นี้สะท้อนชัดเจนในทิศทางของกำลังคนระดับปฐมภูมิที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2562 ถึง 2566 พบว่าสัดส่วนแพทย์ในงานปฐมภูมิลดลงถึงร้อยละ 28 พยาบาลลดลงร้อยละ 50 และนักวิชาการสาธารณสุขลดลงร้อยละ 18 ซึ่งสวนทางกับภาระงานที่เพิ่มขึ้น [5] ในขณะเดียวกัน กลไกการเงินระดับท้องถิ่นยังคงมีข้อจำกัด โดยพบว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.)กว่าร้อยละ 55.8 เลือกดำเนินโครงการแก้ปัญหาสุขภาพที่ไม่สอดคล้องกับภาระโรคที่แท้จริง และมักมุ่งเน้นการให้ความรู้ระยะสั้นมากกว่าการมุ่งผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมในระยะยาว [4] อีกทั้งงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2567 ก็ยังมีสัดส่วนที่ต่ำเพียงร้อยละ 10.4 ซึ่งสะท้อนถึงโครงสร้างการลงทุนด้านสุขภาพที่ยังขาดความสมดุลและไม่เอื้อต่อการทำงานเชิงรุกและการดูแลใกล้บ้าน ใกล้ชุมชนในระดับพื้นที่ [4]

**1.2 ช่องว่าง**

การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. แม้จะมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างความยืดหยุ่นและการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพระดับพื้นที่ แต่ในช่วงเปลี่ยนผ่านได้ก่อให้เกิดช่องว่างด้านกลไกนโยบายและการกำกับบทบาทหน่วยงาน โดยเฉพาะความไม่ชัดเจนของบทบาท อำนาจหน้าที่ และกลไกการประสานงานร่วมกัน ระหว่าง อบจ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กปท. กว่าร้อยละ 55.8 เลือกแก้ปัญหาสุขภาพที่ไม่สอดคล้องกับภาระโรคจริง ส่งผลให้ความรู้ทางสาธารณสุขของผู้ดูแลท้องถิ่นและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกลายเป็นข้อจำกัดในการบริหารจัดการงบประมาณและการกำหนดเป้าหมายปัญหาพื้นที่อย่างแท้จริง [6] ขณะที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดยังเผชิญข้อจำกัดด้านระบบการบริหารและการกำกับติดตาม รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพในระดับพื้นที่ ซึ่งไม่สามารถสะท้อนผลลัพธ์ทางสุขภาพของชุมชนได้อย่างครอบคลุม และก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำของการกระจายบุคลากรปฐมภูมิระหว่างจังหวัดเพิ่มขึ้น [2] ด้านระบบบริการสุขภาพยังประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง ได้แก่ นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู ส่งผลให้ระบบบริการไม่สามารถรองรับความต้องการด้านสุขภาพที่ซับซ้อนในชุมชนได้อย่างเพียงพอ [7]

**1.3 ความเชื่อมโยงกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 และมติสมัชชาสุขภาพ**

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 หมวดการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ ได้กำหนดเป้าหมายที่ 2 และ 3 ไว้อย่างชัดเจนว่าประชาชนทุกกลุ่มควรได้รับชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่ครอบคลุมและเท่าเทียม และระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ปฐมภูมิถึงตติยภูมิต้องมีคุณภาพตามมาตรฐานและเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการขยายความครอบคลุมและคุณภาพของบริการ

ปฐมภูมิให้ทั่วถึงในทุกพื้นที่ แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติหลายเรื่อง ได้แก่ มติ 1.7 ว่าด้วยบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการสุขภาพและทรัพยากรธรรมชาติ มติ 2.3 ว่าด้วยการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และมติ 18.5 ว่าด้วยกลไกขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืนระดับพื้นที่ ซึ่งต่างมุ่งเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชนผ่านการกระจายอำนาจ การมีส่วนร่วมของท้องถิ่น และการบูรณาการนโยบายด้านสุขภาพเข้ากับการพัฒนาพื้นที่ในทุกมิติ

**2. ระบบสุขภาพชุมชนเมือง (Urban Health)**

**2.1 สถานการณ์**

การขยายตัวของเมืองอย่างรวดเร็วในประเทศไทยในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาได้ก่อให้เกิดความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพในเขตเมือง ซึ่งมีลักษณะแตกต่างจากพื้นที่ชนบททั้งในมิติด้านโครงสร้างประชากร รูปแบบการดำรงชีวิต ภาระโรค และการเข้าถึงบริการสุขภาพ รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดระบบสุขภาพชุมชนเมือง [3] พัฒนาชุดตัวชี้วัดและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ความเป็นเมืองสูง 26 จังหวัด กับพื้นที่กำลังพัฒนาสู่ความเป็นเมือง 51 จังหวัด ในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติในหลายมิติ

ด้านอนามัยแม่และเด็กในเขตเมืองมีสัดส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (ฝากครรภ์ล่าช้า) สูงกว่าพื้นที่กำลังพัฒนา มีอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุ 15–19 ปีสูงถึงร้อยละ 15.15 ซึ่งสูงกว่าพื้นที่กำลังพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่า และเด็กอายุ 5 ปีในพื้นที่ความเป็นเมืองสูงได้รับวัคซีนพื้นฐานไม่ครบถ้วนถึงร้อยละ 35.4 เทียบกับเพียงร้อยละ 17.9 ในพื้นที่กำลังพัฒนา ปรากฏการณ์นี้สะท้อนความไม่ต่อเนื่องของระบบติดตามและการขาดกลไกเชิงรุกในการดูแลประชากรเด็กในเขตเมืองที่มีการเคลื่อนย้ายสูง [1]

ด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) พื้นที่ความเป็นเมืองสูงมีสัดส่วนการคัดกรองเบาหวานที่ไม่ได้รับการตอบสนองในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปเฉลี่ยถึงร้อยละ 23.12 สูงกว่าพื้นที่กำลังพัฒนาที่มีร้อยละ 12.23 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนอัตราป่วยรายใหม่โรคเบาหวานในพื้นที่ความเป็นเมืองสูงอยู่ที่ 658.4 ต่อแสนประชากร สูงกว่าพื้นที่กำลังพัฒนา (560.5 ต่อแสนประชากร) นอกจากนี้ สัดส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่วัดความดันสม่ำเสมอแต่ควบคุมไม่ได้ (uncontrolled hypertension despite regular monitoring) ในพื้นที่ความเป็นเมืองสูงสูงถึงร้อยละ 51.1 ซึ่งสูงกว่าพื้นที่กำลังพัฒนา (ร้อยละ 38.7) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สะท้อนถึงความท้าทายเชิงระบบในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อในเขตเมือง แม้จะมีทรัพยากรบริการหนาแน่นกว่า แต่กลับไม่สามารถแปลงเป็นผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีได้ ทั้งนี้ เขตเมืองเผชิญภาระโรคที่เชื่อมโยงกับวิถีชีวิตเมืองอย่างชัดเจน ได้แก่ การบริโภคอาหารแปรรูปและสำเร็จรูปที่มีแคลอรี น้ำตาล และเกลือสูง กิจกรรมทางกายที่ลดลงจากลักษณะงานที่นั่งนาน การพึ่งพารถยนต์แทนการเดินเท้า และความเครียดจากการเดินทางและสภาพแวดล้อมเมือง ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง [1]

นอกจากนี้ ความจำเป็นด้านสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนองในเขตเมืองมักมีสาเหตุจากระยะเวลารอคอยที่ยาวนาน ความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ การจำกัดบริการอยู่ในเวลาราชการ และข้อจำกัดด้านเวลาของประชากรวัยทำงาน สะท้อนปัญหาเชิงโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพในเมืองที่ยังไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตคนเมือง [2]

ด้านโรคติดต่อและความรุนแรง พื้นที่ความเป็นเมืองสูงมีอัตราการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และไข้เลือดออกสูงกว่าพื้นที่กำลังพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอัตราการป่วยไข้เลือดออกที่สูงกว่าถึง 3.5 เท่า อันเป็นผลจากความท้าทายในการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในพื้นที่ก่อสร้างและที่รกร้างจำนวนมาก นอกจากนี้ วัณโรคยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในพื้นที่เมืองที่มีประชากรหนาแน่น ชุมชนแออัด แรงงานข้ามชาติ และกลุ่มเปราะบาง ขณะที่จำนวนผู้ป่วยเด็กและเยาวชนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากการถูกทำร้ายในพื้นที่ความเป็นเมืองสูงสูงกว่าพื้นที่กำลังพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนความเปราะบางของโครงสร้างครอบครัวและระบบการดูแลเด็กในสังคมเมืองที่มีความกดดันสูง [1]

ด้านสุขภาพจิตและปัจจัยสังคม สภาพแวดล้อมเมืองส่งผลต่อสุขภาพจิตผ่านสองช่องทางหลัก ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การเผชิญความเครียดจากความรุนแรงหรือความยากจนเป็นเวลานาน และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ความไร้ระเบียบของพื้นที่และสภาพที่อยู่อาศัยที่ไม่เหมาะสม ทั้งสองช่องทางนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ขณะที่แม้เมืองจะมีผู้คนอาศัยอยู่หนาแน่น แต่หลายคนกลับรู้สึกโดดเดี่ยวทางสังคม (social isolation) เพราะขาดกลุ่มคนที่คอยช่วยเหลือและความผูกพันใกล้ชิด นอกจากนี้ สภาพที่อยู่อาศัยในชุมชนแออัดซึ่งมีผู้อาศัยในเขตเมืองเกือบ 900 ล้านคนทั่วโลก เพิ่มความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคติดเชื้อ ปัญหาสุขภาพจิต และความรุนแรงในครอบครัว [1] ในบริบทประเทศไทย รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพ หมวดสุขภาพจิต ยืนยันว่าความเสี่ยงทางสุขภาพจิตมีความแตกต่างตามบริบทและปัจจัยแวดล้อม ซึ่งสภาพแวดล้อมเมืองเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิต [7] ตัวชี้วัดเชิงบวกเพียงตัวเดียวที่พื้นที่ความเป็นเมืองสูงทำได้ดีกว่าคือ คุณภาพการศึกษา สะท้อนให้เห็นว่าแม้เขตเมืองจะมีโครงสร้างพื้นฐานและทรัพยากรหนาแน่นกว่า แต่ประโยชน์ดังกล่าวยังไม่กระจายไปถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง [1]

ด้านกระบวนการความเป็นเมืองและมหานคร (Urbanization and Mega City) ประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนเกินกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งประเทศ โดยมีกรุงเทพมหานครและปริมณฑลเป็นมหานครขนาดใหญ่ที่มีความเป็นเอกนคร (Primate City) สูง กล่าวคือ มีขนาดประชากร กิจกรรมทางเศรษฐกิจ และทรัพยากรบริการสุขภาพกระจุกตัวมากกว่าเมืองอันดับรองอย่างชัดเจน ขณะเดียวกันเมืองหลักในภูมิภาค เช่น เชียงใหม่ ขอนแก่น นครราชสีมา หาดใหญ่–สงขลา และชลบุรี กำลังขยายตัวเป็นเขตเมืองต่อเนื่อง (Urban Agglomeration) ที่ข้ามขอบเขตการปกครองเดิม ทำให้การวางแผนระบบบริการสุขภาพ การจัดการสิ่งแวดล้อมเมือง และการอภิบาลสุขภาพในเขตเมืองมีความซับซ้อนเกินกว่าโครงสร้างการบริหารราชการแบบแยกส่วนตามเขตปกครองจะรองรับได้

ด้านเมืองท่องเที่ยวและเมืองพิเศษ เมืองท่องเที่ยวสำคัญ เช่น ภูเก็ต พัทยา เกาะสมุย และเชียงใหม่ เผชิญความต้องการบริการสุขภาพที่ผันผวนสูงตามฤดูกาลท่องเที่ยว โดยจำนวนประชากรที่ต้องดูแลจริงในบาง

ช่วงเวลาอาจสูงกว่าประชากรตามทะเบียนราษฎร์หลายเท่า ทั้งจากนักท่องเที่ยวชาวไทยและต่างชาติ แรงงานภาคบริการที่ย้ายถิ่นตามฤดูกาล และผู้พำนักระยะยาวชาวต่างชาติ ขณะที่เมืองพิเศษและพื้นที่ที่มีรูปแบบการอภิบาลเฉพาะ เช่น เมืองพัทยา และพื้นที่เขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC) มีโครงสร้างการบริหารและกลไกงบประมาณที่แตกต่างจากพื้นที่ทั่วไป ซึ่งหากไม่มีการออกแบบระบบสุขภาพให้สอดรับ จะเกิดช่องว่างของความรับผิดชอบระหว่างหน่วยงานส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ

ด้านประชากรแฝงและความเหลื่อมล้ำในเมือง เขตเมืองใหญ่มีประชากรแฝงจำนวนมากที่อาศัยและทำงานในพื้นที่โดยไม่ได้ย้ายทะเบียนบ้าน ทั้งแรงงานย้ายถิ่นจากต่างจังหวัด นักศึกษา แรงงานนอกระบบ และแรงงานข้ามชาติ ส่งผลให้การจัดสรรงบประมาณ กำลังคน และทรัพยากรสุขภาพที่อิงฐานประชากรตามทะเบียนราษฎร์ต่ำกว่าภาระงานจริงของหน่วยบริการในเมืองอย่างเป็นระบบ ประชากรกลุ่มนี้ยังมักหลุดจากระบบทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้ที่พักอาศัย ทำให้ขาดความต่อเนื่องของการดูแล ขณะเดียวกันความเหลื่อมล้ำภายในเมือง (Intra-urban Inequity) ระหว่างกลุ่มรายได้สูงที่เข้าถึงบริการเอกชนคุณภาพสูงกับกลุ่มผู้มีรายได้น้อยในชุมชนแออัดยังคงกว้าง ทั้งในมิติการเข้าถึงบริการ สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย และปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ซึ่งค่าเฉลี่ยระดับจังหวัดหรือระดับเมืองมักบดบังความแตกต่างเหล่านี้

**2.2 ช่องว่าง**

จากการวิเคราะห์พลวัตเชิงระบบด้วยแผนภาพวงจรเชิงสาเหตุ รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดระบบสุขภาพชุมชนเมือง [1] พบแม่แบบระบบ (System Archetypes) ที่เสริมแรงซึ่งกันและกัน 3 แบบ ซึ่งเป็นรากเหง้าของความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในเขตเมือง แบบแรกคือ ความสำเร็จตกแก่ผู้ประสบความสำเร็จที่ทำให้ทรัพยากรและโอกาสกระจุกตัวในกลุ่มที่ได้เปรียบทางสังคมและเศรษฐกิจอยู่แล้ว ส่งผลให้ช่องว่างระหว่างผู้ที่มีและไม่มีขยายกว้างขึ้นอย่างต่อเนื่อง แบบที่สองคือ การโยกภาระ ที่ทำให้ระบบมุ่งแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าด้วยวิธีเร่งด่วนแทนที่จะลงทุนแก้ไขที่รากเหง้าของปัญหาซึ่งต้องใช้เวลาและทรัพยากรมากกว่าแต่ให้ผลยั่งยืนกว่า และแบบที่สามคือ ขีดจำกัดของการเติบโตที่ทำให้แม้จะมีความพยายามพัฒนาก็ยังไม่สามารถก้าวข้ามข้อจำกัดเชิงโครงสร้างได้ เนื่องจากมีปัจจัยเชิงระบบที่คอยสกัดกั้นความก้าวหน้า ไม่ว่าจะเป็นข้อจำกัดด้านทรัพยากร นโยบาย หรือทัศนคติ นอกจากนี้ ผู้ปฏิบัติงานยังติดกับดักขีดความสามารถที่มุ่งทำงานหนักขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการข้อมูลเร่งด่วนโดยไม่ได้ปรับปรุงโครงสร้างระบบ ทำให้เกิดวงจรของความเชื่อมั่นที่เกินจริงในศักยภาพของระบบและสะสมภาระงานที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในมิติของระบบข้อมูล รายงานดังกล่าวชี้ให้เห็นช่องว่าง 5 ประการที่เป็นอุปสรรคต่อการสร้างความเป็นธรรมและการพัฒนาอย่างยั่งยืน ได้แก่ ระบบข้อมูลปัจจุบันยังไม่สามารถจับภาพความซับซ้อนและพลวัตของสุขภาพในเขตเมืองได้อย่างครบถ้วน ระบบข้อมูลยังคงอิงกับเขตการปกครองเป็นหลักซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดพื้นที่เมืองเชิงหน้าที่ (Functional Urban Area) การพึ่งพาการสำรวจเป็นหลักทำให้ข้อมูลมีความล่าช้าไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในบริบทเมือง การแยกส่วนของข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทำให้ภาพรวมของระบบสุขภาพชุมชนเมืองขาดความสมบูรณ์ และระบบข้อมูลยังขาดกลไกการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคมและชุมชนในการกำหนดความต้องการข้อมูลสุขภาพเมือง [1] ในมิติของความเป็นธรรมและการเข้าถึง ยังพบช่องว่างสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมโดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบางที่อาศัยอยู่ในเมือง ได้แก่ ชุมชนแออัด แรงงานนอกระบบ ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง และแรงงานข้ามชาติ ระบบบริการสุขภาพและการ

เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพยังไม่ตอบสนองต่อปัญหา ความต้องการเฉพาะ และวิถีชีวิตของคนเมืองอย่างแท้จริง สภาพแวดล้อมในเขตเมืองยังขาดความสะอาด ปลอดภัย และไม่เอื้อต่อสุขภาวะของผู้คนที่หลากหลาย และโอกาสกับผลประโยชน์จากการพัฒนามักกระจุกตัวในกลุ่มที่ได้เปรียบอยู่แล้ว ทำให้เกิดช่องว่างของการเลื่อนชั้นทางสังคมและตอกย้ำความไม่เป็นธรรมในสังคมเมืองให้ลึกขึ้น [1]

รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดระบบสุขภาพชุมชนเมือง [1] เสนอแนวทางการทลายกับดักของระบบ 4 ประการ ได้แก่ การสร้างเมืองที่ครอบคลุม (Inclusive City) โดยปรับเปลี่ยนแนวทางการจัดสรรทรัพยากรและโอกาสให้เท่าเทียมขึ้น การบริหารเมืองแบบมีส่วนร่วม (Participatory Urban Governance) โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมตั้งแต่การระบุปัญหาถึงการประเมินผล การสนับสนุนการเลื่อนชั้นทางสังคม (Social Mobility) ผ่านการลงทุนระยะยาวในโครงสร้างพื้นฐานและสวัสดิการ และการขับเคลื่อนเศรษฐกิจนวัตกรรม (Innovative Economy) ที่เน้นการเติบโตแบบครอบคลุมผ่านแนวทาง BCG (เศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน และเศรษฐกิจสีเขียว: Bio-Circular-Green Economy) และ ESG (สิ่งแวดล้อม สังคม และธรรมาภิบาล: Environmental, Social and Governance) เพื่อสร้างช่องทางใหม่ในการกระจายความมั่งคั่งอย่างทั่วถึง

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาช่องว่างเชิงระบบที่สำคัญ ได้แก่ การขาดระบบข้อมูลและกลไกจัดสรรทรัพยากรที่นับรวมประชากรแฝงและประชากรหมุนเวียนในเมืองท่องเที่ยว การขาดกรอบการอภิบาลสุขภาพที่ออกแบบเฉพาะสำหรับมหานครและเมืองพิเศษที่ขอบเขตปัญหาสุขภาพข้ามเขตการปกครอง และการขาดตัวชี้วัดความเหลื่อมล้ำภายในเมืองที่จำแนกตามกลุ่มรายได้และพื้นที่ย่อย ซึ่งจำเป็นต่อการออกแบบนโยบายที่มุ่งเป้ากลุ่มเปราะบางในเมืองได้อย่างแม่นยำ นอกจากนี้ บริบทของมหานคร (Mega City) ที่มีความหนาแน่นของประชากรและความซับซ้อนของระบบบริการสูง เมืองท่องเที่ยวที่มีประชากรหมุนเวียนและความต้องการบริการสุขภาพผันผวนตามฤดูกาล เมืองพิเศษหรือเขตเศรษฐกิจพิเศษที่มีรูปแบบการอภิบาลเฉพาะ ตลอดจนประชากรแฝงจำนวนมากที่อาศัยและทำงานในเมืองโดยไม่ปรากฏในทะเบียนราษฎร์ของพื้นที่ ซึ่งส่งผลให้การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรสุขภาพตามฐานประชากรทะเบียนไม่สอดคล้องกับภาระงานจริง และควรวิเคราะห์ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพภายในเมือง (Intra-urban Inequity) ระหว่างกลุ่มประชากรที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมแตกต่างกันอย่างเป็นระบบ

### 2.3 ความเชื่อมโยงกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 และมติสมัชชาสุขภาพ

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 หมวดระบบสุขภาพชุมชนเมือง ที่เน้นครอบคลุมประเด็น 4 ด้าน ได้แก่ การสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มเปราะบาง การพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองความต้องการเฉพาะ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะ และการส่งเสริมนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม รวมทั้งสอดคล้องกับหมวดการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ เป้าหมายที่ 10 ที่กำหนดให้ระบบบริการสาธารณสุขรองรับความต้องการด้านสุขภาพสำหรับคนทุกกลุ่มอย่างเป็นธรรม และมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ มติ 8.3 ระบบสุขภาพเขตเมือง และมติ 11.1 การร่วมสร้างสรรค์พื้นที่สาธารณะในเขตเมืองเพื่อสุขภาวะสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

## 3. ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก

### 3.1 สถานการณ์

การบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่น การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบสุขภาพหลักถือเป็นยุทธศาสตร์สำคัญตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ [8] ได้ติดตามตัวชี้วัด 6 รายการ ตลอดปี พ.ศ. 2564–2568 พบพัฒนาการที่มีนัยสำคัญในหลายด้าน ดังนี้ด้านการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย พบว่าสัดส่วนผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีแนวโน้มทรงตัวอยู่ในระดับร้อยละ 20 โดยเฉลี่ย กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2564 อยู่ที่ร้อยละ 21.5 ปรับเพิ่มเล็กน้อยเป็นร้อยละ 21.8 ในปี พ.ศ. 2565 ก่อนจะลดลงเป็นร้อยละ 19.1 ในปี พ.ศ. 2566 และเพิ่มขึ้นอีกเล็กน้อยเป็นร้อยละ 20.2 และ 20.87 ในปี พ.ศ. 2567 และรอบ 9 เดือนของปี พ.ศ. 2568 ตามลำดับ สะท้อนว่าการเข้าถึงบริการยังคงอยู่ในระดับคงที่ แม้จะมีความผันผวนเล็กน้อยในแต่ละปี ด้านงบประมาณสนับสนุน สปสช. ได้จัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวด้านแพทย์แผนไทยเติบโตขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 17.90 บาทต่อผู้มีสิทธิในปี พ.ศ. 2564 เป็น 31.90 บาทต่อผู้มีสิทธิในปี พ.ศ. 2568 [8] ด้านยาสมุนไพรและงบประมาณวิจัย จำนวนรายการยาจากสมุนไพรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 ถึงปี พ.ศ. 2568 มีการเพิ่มขึ้นรวม 34 รายการจากเป้าหมายที่กำหนดให้เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า 50 รายการภายในปี พ.ศ. 2570

ในทางตรงกันข้าม งบประมาณสำหรับการวิจัยและพัฒนาด้านสมุนไพรของกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) และกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย (สกท.) กลับมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากกว่า 1,000 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2564 เหลือเพียง 309.4 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2568 ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนถึงความเสี่ยงต่อความต่อเนื่องในการพัฒนาหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับการใช้ยาสมุนไพร [8] ด้านฐานทรัพยากร จำนวนป่าชุมชนมีแนวโน้มค่อนข้างทรงตัว โดยอยู่ที่ 11,327 แห่งในปี พ.ศ. 2564 และ 11,192 แห่งในปี พ.ศ. 2568 ซึ่งยังห่างจากเป้าหมาย 15,000 แห่งภายในปี พ.ศ. 2570 อีกกว่า 3,808 แห่งในระยะเวลาเพียง 2 ปี ซึ่งมีความเป็นไปได้ต่ำมากที่จะบรรลุเป้าหมาย ส่วนพื้นที่ปลูกสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน GAP และมาตรฐานเกษตรอินทรีย์ขยายตัวสูงขึ้นโดยรวมเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2565 รวม 1,469,015.68 ไร่ ในปี พ.ศ. 2568 แต่ตัวเลขยังผันผวนขึ้นลงตามแรงจูงใจด้านนโยบายและกลไกตลาด สะท้อนให้เห็นว่าการขยายตัวดังกล่าวยังขาดความมั่นคงและยั่งยืน [8]

### 3.2 ช่องว่าง

รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพ หมวดการส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ [8] ระบุช่องว่างสำคัญที่ยังต้องได้รับการแก้ไขในหลายมิติ ดังนี้

ประการแรก แม้งบประมาณเหมาจ่ายรายหัวด้านแพทย์แผนไทยจะเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง แต่อัตราการเข้าถึงบริการกลับทรงตัวที่ร้อยละ 20 มาหลายปี สะท้อนว่าความเชื่อมโยงระหว่างงบประมาณกับผลลัพธ์ยังไม่ชัดเจน และงบประมาณที่เพิ่มขึ้นยังไม่ได้แปลงเป็นคุณภาพบริการหรือผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น ปัญหานี้อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านกำลังคน โดยการกระจายตัวของแพทย์แผนไทยในแต่ละจังหวัดยังมีความแตกต่างกันสูง และสัดส่วนผู้ที่ได้รับใบอนุญาตวิชาชีพส่วนใหญ่มักต่ำกว่าร้อยละ 50 ซึ่งส่งผลต่อศักยภาพในการให้บริการ นอกจากนี้ ยังพบข้อจำกัดด้านทัศนคติของแพทย์แผนปัจจุบันต่อการบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้ากับระบบบริการ และการขาดการบูรณาการเข้ากับระบบสุขภาพปฐมภูมิอย่างเป็นรูปธรรม รวมถึงยังต้องการกลไกเพิ่มเติม เช่น การกำหนดกลุ่มโรคหรือกลุ่มยาที่รักษาได้ด้วยการแพทย์แผนไทย และการพัฒนาสมรรถนะผู้สั่งจ่ายยา [8]

ประการที่ 2 ด้านยาสมุนไพร แม้จะมีความก้าวหน้า แต่ยังต้องพัฒนายาเพิ่มอีก 16 รายการภายใน 2 ปีเพื่อบรรลุเป้าหมาย 50 รายการในปี พ.ศ. 2570 ที่สำคัญกว่านั้น แม้ยาจะเข้าสู่บัญชียาหลักแล้ว แต่ยังขาดข้อมูลการใช้ประโยชน์จริงในระบบบริการสุขภาพ งบประมาณวิจัยที่ลดลงอย่างรวดเร็วสะท้อนปัญหาเชิงโครงสร้างและการขาดความต่อเนื่องของการสนับสนุนนโยบาย ขณะที่ระบบตัวชี้วัดยังขาดการวัดผลว่างานวิจัยถูกนำไปใช้ประโยชน์จริงหรือไม่ และไม่สะท้อนประสิทธิภาพการใช้งบประมาณ [8]

ประการที่ 3 ด้านฐานทรัพยากร ข้อมูลป่าชุมชนที่มีในปัจจุบันเป็นเพียงจำนวนป่าชุมชนรวมทั้งหมด ยังไม่มีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับด้านสมุนไพรแยกไว้เฉพาะ จึงไม่สะท้อนว่าป่าชุมชนเหล่านั้นนำสมุนไพรไปใช้เพื่อการดูแลสุขภาพจริงหรือไม่ ระบบการผลิตสมุนไพรตามมาตรฐาน GAP และเกษตรอินทรีย์ยังไม่มีความมั่นคงผันผวนตามนโยบายและกลไกตลาด เนื่องจากขาดระบบตลาดกลาง ราคากลาง และมาตรฐานวัตถุดิบที่ชัดเจน และความรอบรู้ด้านภูมิปัญญาสุขภาพของประชาชนในปัจจุบันยังวัดแค่การเข้าถึงข้อมูล แต่ยังไปไม่ถึงระดับการนำมาใช้จริงในมิติสุขภาพ [8]

ประการที่ 4 ด้านทุนทางสังคมและระบบสุขภาพภาคประชาชน เพื่อให้ครอบคลุมบทบาทของประชาชน ชุมชน และภาคประชาสังคมในระบบสุขภาพมากยิ่งขึ้น แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมทางสังคม โดยมุ่งเสริมพลังให้ประชาชน ชุมชน และภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจด้านสุขภาพตลอดวงจรนโยบายและในทุกระดับของระบบสุขภาพ และถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐานและการขับเคลื่อนสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า [9] ขณะเดียวกัน ยุทธศาสตร์การแพทย์ดั้งเดิมขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2568–2577 (WHO Global Traditional Medicine Strategy 2025–2034) ยังให้ความสำคัญกับการเสริมพลังชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชน การคุ้มครองและใช้ประโยชน์จากองค์ความรู้ดั้งเดิม ตลอดจนการบูรณาการการแพทย์ดั้งเดิมเข้าสู่ระบบสุขภาพอย่างเหมาะสม [10] อย่างไรก็ตาม ระบบข้อมูลและการประเมินสถานการณ์ในปัจจุบันยังให้ความสำคัญกับทรัพยากร กิจกรรม และบริการด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรเป็นหลัก ขณะที่ข้อมูลที่สามารถสะท้อนศักยภาพ ความเข้มแข็ง และบทบาทของทุนทางสังคม เช่น เครือข่ายชุมชน กลุ่มจิตอาสา องค์กรชุมชน และกลไกความร่วมมือระดับพื้นที่ ตลอดจนระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการสุขภาพของตนเองและชุมชน ยังมีอยู่อย่างจำกัด จึงเป็นช่องว่างสำคัญในการพัฒนาระบบข้อมูลและ

ตัวชี้วัดที่สามารถสะท้อนบทบาทของระบบสุขภาพภาคประชาชนได้อย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ ยังควรให้ความสำคัญกับการพัฒนากลไกที่เอื้อต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การร่วมระบุปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ การร่วมตัดสินใจและกำหนดนโยบาย การร่วมออกแบบและดำเนินงาน ไปจนถึงการติดตามและประเมินผล เพื่อยกระดับบทบาทของประชาชนจากการเป็นเพียงผู้รับบริการไปสู่การเป็นหุ้นส่วนของระบบสุขภาพ [9] ควบคู่กับการอนุรักษ์ พัฒนา และต่อยอดภูมิปัญญาท้องถิ่น การแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน เพื่อสนับสนุนความสามารถของชุมชนในการจัดการสุขภาพและการพึ่งตนเองอย่างยั่งยืน [10]

**3.3 ความเชื่อมโยงกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 และมติสมัชชาสุขภาพ**

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 หมวดการส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ กำหนดเป้าหมายให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพในระบบการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยมีคุณภาพและมาตรฐานควบคู่กับระบบบริการการแพทย์แผนปัจจุบัน มีระบบและกลไกที่เข้มแข็งในการคุ้มครองสมุนไพรไทยและภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในทุกระดับ มีการเพิ่มรายการยาไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ และมีการพัฒนาระบบยาไทยและแหล่งวัตถุดิบสมุนไพรอย่างเป็นระบบเพื่อเพิ่มการพึ่งตนเองด้านยาของประเทศ รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรเพื่อพัฒนาภูมิปัญญาและโครงสร้างพื้นฐาน สอดคล้องกับหมวด การผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ที่กำหนดให้มีบุคลากรด้านแพทย์แผนไทยที่เพียงพอและมีมาตรฐาน รวมถึง มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ มติ 2.7 การพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักคู่ขนานกับการแพทย์ปัจจุบัน มติ 6.8 การปฏิรูประบบสุขภาพภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย และมติ 17.2 การท่องเที่ยวแนวใหม่ที่เชื่อมโยงอัตลักษณ์ท้องถิ่นและสมุนไพร [8]

## 4. ระบบบริการสุขภาพ

**4.1 สถานการณ์**

**ด้านบริการสาธารณสุขและการการควบคุมคุณภาพ**

ระบบบริการสาธารณสุขไทยมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง โดยรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2569) พบว่าภาพรวมของประชากรที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพ แต่ไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet Health Needs) มีแนวโน้มลดลงในระยะยาว อย่างไรก็ตาม การบริการผู้ป่วยนอกกลับมีแนวโน้มตัวเลขความไม่ได้รับการตอบสนองเพิ่มขึ้นสูงสุดในรอบ 10 ปี ในปี พ.ศ. 2566 สาเหตุหลักที่ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ คือ คิวยาว รอนาน ไม่มีเวลา และเดินทางไม่สะดวก สำหรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อัตราการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเพิ่มขึ้น จนผ่านเกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ 34.45 ในปี พ.ศ. 2568) แต่บางปีมีการชะลอตัว สะท้อนถึงความท้าทายด้านกำลังคน ระบบการคัดแยกผู้ป่วย และความเหลื่อมล้ำในการ

เข้าถึงบริการในบางพื้นที่ ในมิติคุณภาพบริการ ความไว้วางใจของประชาชนต่อโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน HA มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง บรรลุค่าเป้าหมาย อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลในกลุ่ม รพศ./รพท. อยู่ในเกณฑ์ที่ผ่านค่าเป้าหมาย ขณะที่ตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ร้อยละการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และร้อยละอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ โดยสรุปแสดงให้เห็นว่าระบบบริการสาธารณสุขไทยยังเผชิญความท้าทายสำคัญในด้านการเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง การควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การใช้ยาอย่างสมเหตุผล การยกระดับมาตรฐานสถานพยาบาล และความปลอดภัยของผู้ป่วย [2]

**ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ** จากรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการผลิตและการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ [5] พบว่า ศักยภาพการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพของประเทศเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ซึ่งภาคเอกชนมีบทบาทผลิตบุคลากรมากขึ้น โดยเฉพาะในสายงานพยาบาลและสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ยังคงมีความไม่เท่าเทียมกันในการกระจายบุคลากรทางภูมิศาสตร์ ฐานข้อมูลทะเบียนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพของสภาวิชาชีพไม่สามารถบอกได้ชัดเจนว่าบุคลากรยังประกอบวิชาชีพอยู่หรือไม่หรือทำงานอยู่ที่ไหน นอกจากนี้ สภาวิชาชีพ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานผลิต (เช่น กระทรวง อว.) ต่างมีฐานข้อมูลของตนเอง ขาดมาตรฐานร่วมกัน ทำให้ขาดการเชื่อมโยงข้อมูล ขณะที่กลไกอภิบาลระดับชาติ (คณะกรรมการปฏิรูปกำลังคนด้านสุขภาพ) ทำหน้าที่เพียงให้คำปรึกษา และขาดอำนาจบังคับใช้ [5]

**ด้านการเงินการคลังด้านสุขภาพ**

รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการเงินการคลังด้านสุขภาพ [6] วิเคราะห์ตามเป้าประสงค์ S-A-F-E พบว่า การคลังสุขภาพมีแนวโน้มลงทุนได้อย่างยั่งยืน แต่รายจ่ายภาครัฐด้านสุขภาพยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่คาดหวัง ในขณะที่รายจ่ายนอกภาครัฐ เช่น ประกันสุขภาพภาคเอกชน กลับสูงขึ้น กลุ่มคนจนยังคงได้รับประโยชน์จากการอุดหนุนของรัฐมากกว่ากลุ่มคนรวย ยังมีความเหลื่อมล้ำทั้งภายในและระหว่างระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบ ได้แก่ ความแตกต่างด้านอัตราการจ่ายชดเชย การกำหนดบัญชียา และนโยบายร่วมจ่าย มีเพียงแรงงานข้ามชาติที่อยู่ในระบบการจ้างงานที่เป็นทางการเท่านั้นที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ [6]

**ด้านระบบบริการสุขภาพจิต**

รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดสุขภาพจิต ระบุว่า ระบบบริการสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิยังขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง ได้แก่ นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และจิตแพทย์ และระบบบริการยังไม่สามารถรองรับผู้รับบริการจำนวนมากได้ โดยเฉพาะในชุมชนห่างไกล [7] ขอบเขตของประเด็นนี้มุ่งเน้นการจัดบริการในสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิเป็นหลัก โดยครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ (1) การจัดบริการ ทั้งการจัดระบบส่งต่อ การกระจายบริการเฉพาะทาง และการลดความแออัด (2) การเงินการคลังสุขภาพ ทั้งความยั่งยืนทางการคลังของหน่วยบริการและความเป็นธรรมระหว่างกองทุน (3) กำลังคนด้านสุขภาพ ทั้งการผลิต การกระจาย และการธำรงรักษาบุคลากร และ (4) คุณภาพและความปลอดภัยของบริการเพื่อให้การวิเคราะห์ช่องว่างและข้อเสนอเชิงนโยบายมีจุดเน้นเชิงโครงสร้างที่ชัดเจน

**4.2 ช่องว่าง**

จากการทบทวนรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยทั้ง 4 หมวดที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น พบช่องว่างสำคัญที่ยังต้องได้รับการแก้ไขในหลายมิติ ดังนี้

ด้านบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ ตัวชี้วัด Unmet Health Needs ที่ใช้ในปัจจุบันวัดเพียงว่าประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้หรือไม่ แต่ไม่สะท้อนว่าบริการที่ได้รับนั้นมีคุณภาพหรือไม่ นอกจากนี้ ข้อมูลการแพทย์ฉุกเฉินวัดผลเฉพาะผู้ที่ผ่านระบบสายด่วน EMS เท่านั้น ไม่ครอบคลุมผู้ป่วยฉุกเฉินที่เดินทางมาด้วยตนเอง และยังขาดการวิเคราะห์เชิงพื้นที่เพื่อสะท้อนความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการระหว่างพื้นที่ [2]

ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ พบว่า ฐานข้อมูลทะเบียนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพของสภาวิชาชีพไม่สามารถบอกได้ชัดเจนว่าบุคลากรยังประกอบวิชาชีพอยู่หรือไม่ (Active status) หรือทำงานอยู่ที่ไหน เนื่องจากสภาวิชาชีพ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานผลิตบุคลากร (กระทรวง อว.) ต่างมีฐานข้อมูลของตนเอง ขาดมาตรฐานร่วมกัน ทำให้การเชื่อมโยงข้อมูลอุดตัน ในขณะที่กลไกอภิบาลระดับชาติ ได้แก่ คณะกรรมการปฏิรูปกำลังคนด้านสุขภาพ ทำหน้าที่เพียงให้คำปรึกษา ขาดอำนาจบังคับใช้ที่แท้จริง ส่งผลให้มาตรการกระจายบุคลากรไปยังพื้นที่ขาดแคลนยังไม่บรรลุผลเท่าที่ควร ความไม่เท่าเทียมกันในการกระจายบุคลากรทางภูมิศาสตร์ (Geographical mal-distribution) จึงยังคงปรากฏอยู่ [5]

ด้านการเงินการคลังด้านสุขภาพ พบว่า ความเหลื่อมล้ำทั้งภายในและระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ทั้ง 3 ระบบ ยังคงเป็นปัญหาสำคัญ โดยเฉพาะด้านอัตราการจ่ายชดเชย การกำหนดบัญชียาและนโยบายร่วมจ่ายที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ มีเพียงแรงงานข้ามชาติที่อยู่ในระบบการจ้างงานที่เป็นทางการเท่านั้น ที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ ส่วนแรงงานข้ามชาตินอกระบบและผู้ไม่มีเลข 13 หลักยังตกหล่นจากหลักประกันสุขภาพ เป็นผลให้กลุ่มเหล่านี้ ต้องพึ่งพาระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจหรือกองทุนขนาดเล็กที่ไม่ยั่งยืน [6]

ด้านระบบบริการสุขภาพจิต รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพ หมวดสุขภาพจิต ระบุว่า ระบบบริการสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิยังขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง ทั้งนักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และจิตแพทย์ ส่งผลให้ระบบบริการไม่สามารถรองรับผู้รับบริการจำนวนมากได้ โดยเฉพาะในชุมชนห่างไกล [7]

**4.3 ความเชื่อมโยงกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 และมติสมัชชาสุขภาพ**

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 หมวดการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ หมวดการผลิตและการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ หมวดการเงินการคลังด้านสุขภาพ และหมวด สุขภาพจิต

## 5. ระบบสุขภาพดิจิทัลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Digital Health and Health Literacy)

### 5.1 สถานการณ์

จากการสำรวจการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพของคนไทย ปี พ.ศ. 2566 โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และรายงาน สุขภาพคนไทย 2567 [6] พบว่า การบริการสุขภาพทางไกลหรือ Telemedicine เริ่มเข้ามามีบทบาทสำคัญ โดยประมาณ 1 ใน 3 ของคนไทย หรือคิดเป็นร้อยละ 33.1 เคยใช้บริการปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรทางไกล เหตุผลหลักที่ประชาชนเลือกใช้บริการ คือ ความสะดวกและประหยัดเวลา (ร้อยละ 69.1) ตามมาด้วยความต้องการลดความเสี่ยงจากการเดินทางไปโรงพยาบาล (ร้อยละ 43.1) อย่างไรก็ตาม กลุ่มประชากรส่วนใหญ่ที่ยังไม่เคยใช้บริการสุขภาพทางไกลโดยให้เหตุผลสำคัญว่าต้องการได้รับการตรวจร่างกายกับแพทย์โดยตรง (ร้อยละ 51.2) มีกลุ่มที่ยังไม่รู้จักบริการนี้ (ร้อยละ 23.3) และกลุ่มที่มองว่าอาการป่วยของตนไม่รุนแรงพอที่จะต้องใช้บริการ (ร้อยละ 20.9) ในด้านการรองรับวิกฤต รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ [6] ระบุว่า มีการขยายบริการสุขภาพทางไกล เพื่อรองรับผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจาก PM2.5 โดยมีผู้ใช้บริการกว่า 130,000 คน (กว่า 430,000 ครั้ง) ภายในต้นปี พ.ศ. 2568 ข้อมูลนี้ สะท้อนให้เห็นศักยภาพของ Digital Health ในการรับมือกับวิกฤตสุขภาพสิ่งแวดล้อม สำหรับในระดับนโยบายประเทศไทยขับเคลื่อนนโยบาย “ยกระดับ 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” โรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital) ระบบข้อมูลผู้ให้บริการ (Provider ID) ระบบนัดหมาย และใบรับรองแพทย์อิเล็กทรอนิกส์ ด้านสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2568) ระบุว่ามีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น สื่อออนไลน์ สายด่วน 1323 และ LINE Official ช่วยให้กลุ่มเปราะบางเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้อย่างทันท่วงที นอกจากนี้ สถานภาพความรอบรู้ดิจิทัล (Digital Literacy) ของประชาชนไทยมีคะแนนเฉลี่ย 74.4 คะแนน จัดอยู่ในระดับดี อย่างไรก็ตาม ยังพบช่องว่างสำคัญด้านโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลและการบูรณาการระหว่างหน่วยงานสุขภาพกับหน่วยงานดิจิทัล

สำหรับด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) นั้น ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 กำหนดเป้าหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มุ่งให้ประชาชนมีขีดความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลไปใช้ตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพได้ รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพ หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ [4] พบว่า อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ในปี พ.ศ. 2566 ประชาชนไทยส่วนใหญ่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่น่าพอใจ แต่อีกด้านหนึ่งยังพบว่าประชาชนร้อยละ 19.05 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ สะท้อนว่ายังมีช่องว่างด้านศักยภาพในการเข้าถึงและใช้ข้อมูลสุขภาพของประชาชนบางกลุ่มกลไกองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization: HLO) ขยายตัวอย่างรวดเร็วจากหลักร้อยแห่งเป็นกว่า 6,000 แห่ง ในปี พ.ศ. 2566 และมีการตั้งเป้าให้หน่วยบริการกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ระดับสูง 876 แห่ง ในปี พ.ศ. 2568 สะท้อนความก้าวหน้าในการขับเคลื่อนนโยบายระดับองค์กร อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าสถานการณ์ในประเทศไทยเผยให้เห็นความย้อนแย้งระหว่าง “ความรู้” และ “พฤติกรรม” กล่าวคือ ผลสำรวจระดับความรอบรู้อาจอยู่ในเกณฑ์ดี แต่พฤติกรรมเสี่ยงยังคงสูง ความรอบรู้เฉพาะโรคยังต่ำในบางกลุ่ม เช่น ผู้ป่วย

เบาหวานมีความรอบรู้เกี่ยวกับโรค เพียงร้อยละ 55.6 และผู้บริโภคทั่วไปมีความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง [11] ในด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ พบว่า ด้านฐานข้อมูลแจ้งเตือนภัย แม้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะมีการพัฒนาระบบแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพหลายช่องทาง เช่น กรมวิทย์ With You, Safety Alert อย. แจ้งเตือนภัย และ OCPB Connect Application ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงและตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีปัญหาได้ แต่การแจ้งเตือนภัยส่วนใหญ่ยังเป็นเชิงรับ คือแจ้งเตือนภายหลังจากที่มีปัญหาเกิดขึ้นกับผู้บริโภคแล้ว และยังขาดการเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่างๆ ให้สามารถสนับสนุนและใช้ประโยชน์ร่วมกันได้อย่างเป็นระบบ [12]

**5.2 ช่องว่าง**

รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพ หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ และหมวดการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ ระบุช่องว่างสำคัญดังนี้

ด้าน Digital Health พบว่า เทคโนโลยีบางอย่าง เช่น ระบบ School Health HERO ต้องพึ่งพาอินเทอร์เน็ตความเร็วสูง ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการของโรงเรียนขนาดเล็กหรือพื้นที่ห่างไกล สะท้อนปัญหาเชิงโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลและการบูรณาการระหว่างหน่วยงานสุขภาพกับหน่วยงานดิจิทัลที่ยังขาดความสมบูรณ์ [11] ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบช่องว่างสำคัญ 4 ประการ คือ ประการแรก การประเมินผลผ่านแบบสอบถาม (Self-report) อาจไม่ได้สะท้อนพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้นจริงเสมอไป ประการที่สอง การขับเคลื่อน HLO ในปัจจุบันยังเน้นที่ “จำนวน” หน่วยงานที่เข้าร่วมโครงการ แต่ยังขาดกลไกประเมิน “คุณภาพ” ของการเป็น HLO ที่เชื่อมโยงกับประสบการณ์จริงของผู้รับบริการ ประการที่สาม การสื่อสารในระดับพื้นที่ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และมีความเหลื่อมล้ำในการรับรู้ข้อมูล (Information Inequality) ในพื้นที่ห่างไกล และประการที่สี่ ด้านระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพพบว่า ฐานข้อมูลแจ้งเตือนภัย แม้จะมีระบบและแอปพลิเคชันหลายช่องทาง แต่ข้อมูลแจ้งเตือนยังไม่ทันต่อสถานการณ์ปัญหาหรือโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เปลี่ยนแปลงรวดเร็ว และระบบฐานข้อมูลของแต่ละหน่วยงานยังขาดการเชื่อมโยงกัน ทำให้ไม่สามารถป้องกันภัยได้อย่างทันท่วงที [4, 11]

**5.3 ความเชื่อมโยงกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 และมติสมัชชาสุขภาพ**

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ได้กำหนดเป้าหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไว้ในหมวด การสร้างเสริมสุขภาพ พร้อมมาตรการสนับสนุนให้เกิด HLO และการพัฒนาช่องทางการสื่อสารที่ทันสมัย สอดคล้องกับ หมวด การส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก หมวดการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และ หมวดสุขภาพจิต ที่กำหนดให้มีระบบการสื่อสารและให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ประชาชนในทุกมิติ และมติสมัชชาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ มติ 1.9 ผลกระทบจากสื่อต่อเด็ก เยาวชนและครอบครัว มติ 4.5 การจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพทางวิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต มติ 6.6 การกำกับดูแลสื่อและการสื่อสารการตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

มติ 8.4 นโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลด NCDs มติ 11.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อ มติ 12.4 การจัดการเชิงระบบสู่ประเทศใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง มติ 14.3 การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ และมติ 15.2 การขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกายและการเล่นกีฬาของประชาชน ภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

## 6. ระบบสุขภาพชายแดน ประชากรข้ามชาติและบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

### 6.1 สถานการณ์

จากการทบทวนการทบทวนวรรณกรรมระบบสุขภาพชายแดนที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศพบ 3 สถานการณ์หลัก ดังนี้

**1. ภาระทางการเงินการคลังจากบริการฉุกเฉินวิกฤตและโรคค่าใช้จ่ายสูงในประชากรข้ามชาติและผู้ลี้ภัย**

ประเทศไทยมีประชากรที่ไม่มีสัญชาติไทยอาศัยอยู่ประมาณ 4.9 ล้านคน ซึ่งรวมถึงแรงงานข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียนถูกต้องประมาณ 3.2 ล้านคน แต่ยังคงมีกลุ่มที่ตกหล่นจากระบบประกันสุขภาพเป็นจำนวนมาก เช่น แรงงานที่ลักลอบเข้าเมืองกว่า 8 แสนคน ผู้ลี้ภัยในเขตเมือง (Urban Refugees) กว่า 5,000 คนในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล รวมถึงนักท่องเที่ยวต่างชาติ [13] เมื่อประชากรเหล่านี้เกิดการเจ็บป่วยโดยเฉพาะในภาวะฉุกเฉินวิกฤต หรือป่วยด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโรคระบาดอุบัติใหม่ สถานพยาบาลของรัฐในพื้นที่ชายแดนและเขตเมืองมีความจำเป็นต้องให้การรักษาตามหลักสิทธิมนุษยชนและพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2559 ที่ไม่อนุญาตให้ปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉิน [13]

ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2561 – 2566 พบว่ามีประชากรต่างด้าวและบุคคลที่มีปัญหาสถานะเข้ามารับบริการฉุกเฉินวิกฤต (UCEP) ถึง 9,823 ครั้ง (สัดส่วนสูงสุดคือชาวเมียนมา ร้อยละ 58.80 รองลงมาคือกัมพูชาและลาว) สร้างต้นทุนค่าบริการรวมกว่า 25.5 ล้านบาท ทว่าสถานพยาบาลสามารถเรียกเก็บเงินคืนจากผู้ป่วยได้เพียงจำนวนน้อยมาก ยิ่งไปกว่านั้น กลุ่มผู้ลี้ภัยและแรงงานผิดกฎหมายมักมีความหวาดกลัวการถูกจับกุมและข้อจำกัดทางการเงิน จึงมักหลีกเลี่ยงการไปโรงพยาบาลจนกว่าอาการจะทรุดหนักเข้าขั้นวิกฤต ซึ่งส่งผลให้ต้นทุนในการรักษาพยาบาลสูงขึ้นทวีคูณ [13] ในส่วนของโรคติดต่อ การที่กองทุนโลก (Global Fund) ลดการสนับสนุนงบประมาณด้านเอชไอวี/เอดส์ ยิ่งผลักภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยต่างด้าวที่ตกหล่นจากระบบกลับมาสู่โรงพยาบาลของรัฐโดยตรง [14] นอกจากนี้ในจังหวัดท่องเที่ยวขนาดใหญ่ โรงพยาบาลยังต้องแบกรับหนี้สูญจากนักท่องเที่ยวต่างชาติที่ไม่มีประกันสุขภาพถึงปีละ 300–400 ล้านบาท จากค่าใช้จ่ายที่ไม่สามารถเรียกเก็บจากผู้ป่วยต่างชาติได้ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนปัญหาการจัดเก็บรายได้ที่ไม่สอดคล้องกับต้นทุนจริง ทั้งยังชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเชิงโครงสร้างในการสร้างแหล่งรายได้ใหม่ที่มีความมั่นคงมากขึ้น เช่น การจัดเก็บค่าธรรมเนียมนักท่องเที่ยว เพื่อให้รัฐสามารถลดการพึ่งพางบประมาณแผ่นดิน และเพิ่มความยั่งยืนของระบบการคลังสุขภาพโดยรวม [13]

**2. ประเด็นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และอนามัยโรงเรียนในกลุ่มเด็กต่างด้าว**

อัตราการเกิดของเด็กต่างด้าวในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยคาดการณ์ว่ามีเด็กต่างด้าวประมาณ 250,000 คน แต่มีเพียงราว 70,000 คนเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงสิทธิประกันสุขภาพ [15] แม้ว่านโยบายรัฐบาลไทยจะอนุญาตให้เด็กต่างด้าวเข้าเรียนในโรงเรียนรัฐบาลและสนับสนุนค่าใช้จ่ายรายหัวเทียบเท่าเด็กไทย ซึ่งทำให้เด็กกลุ่มนี้ได้รับการดูแลด้านอนามัยโรงเรียนและได้รับวัคซีนพื้นฐานอย่างครบถ้วนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ในความเป็นจริง เด็กต่างด้าวจำนวนมาก (มากกว่าเด็กในโรงเรียนรัฐเกือบสามเท่า) ถูกส่งไปเรียนในศูนย์การเรียนรู้เด็กข้ามชาติ (Migrant Learning Centers - MLCs) เนื่องจากผู้ปกครองต้องการให้บุตรหลานเรียนภาษาและหลักสูตรของประเทศต้นทาง หรือผู้ปกครองไม่มีเอกสารทางกฎหมายจึงกลัวการส่งลูกเข้าโรงเรียนไทย [16]

ศูนย์ MLCs ส่วนใหญ่มีสภาพแวดล้อมที่แออัด ไม่ถูกสุขลักษณะ ไม่มีโครงการอาหารกลางวันหรือนมโรงเรียน และขาดการตรวจสุขภาพอย่างเป็นระบบ เช่น เด็กมีโอกาสได้รับวัคซีนครบถ้วนน้อยกว่าเด็กไทยถึงร้อยละ 73.6 อีกทั้งบริการทันตกรรมถือเป็นบริการที่เด็กต่างด้าวเข้าถึงได้น้อยมากทั้งในโรงเรียนรัฐและในศูนย์ฯ โดยมีโอกาสได้รับบริการสม่ำเสมอน้อยกว่าเด็กไทยถึงร้อยละ 80 เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณที่มักสงวนไว้สำหรับเด็กไทยเป็นหลัก [16]

**3. ประเด็นการสื่อสารความเสี่ยงสุขภาพและผลกระทบในภาวะวิกฤตโรคระบาด (กรณีโควิด-19)**

สถานการณ์ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประชากรข้ามชาติเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรง เนื่องจากสภาพความเป็นอยู่และที่พักอาศัยที่แออัด เช่น ในชุมชนแออัดและแคมป์ก่อสร้าง ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรการรักษาระยะห่าง หรือแยกกักตัว (Home Isolation) ได้จริง ผลกระทบทางเศรษฐกิจทำให้แรงงานข้ามชาติจำนวนมากตกงาน วีซ่าหรือใบอนุญาตทำงานหมดอายุ ส่งผลให้กลายเป็นแรงงานผิดกฎหมายที่หลุดออกจากระบบประกันสังคมและประกันสุขภาพโดยอัตโนมัติ และมักถูกปฏิเสธการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลเพราะปัญหาด้านค่าใช้จ่าย การเข้าถึงข้อมูลและการคัดกรองโรคเป็นไปได้ยากมาก เนื่องจากแพลตฟอร์มการลงทะเบียนออนไลน์ของรัฐบังคับใช้เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ทำให้แรงงานข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ไม่สามารถลงทะเบียนตรวจโควิด-19 หรือรับวัคซีนได้ ด้านการสื่อสารความเสี่ยง ภาครัฐต้องพึ่งพาเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนและอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ในการแปลข้อมูลและลงพื้นที่สื่อสาร รวมไปถึงการใช้สื่อสังคมออนไลน์ เช่น Facebook เป็นช่องทางหลัก อย่างไรก็ตาม ข้อมูลส่วนใหญ่ยังคงเข้าไม่ถึงแรงงานที่อยู่นอกระบบ แรงงานรายวัน หรือแรงงานที่อาศัยในชนบทห่างไกล ซึ่งเข้าไม่ถึงเทคโนโลยีและอ่านหนังสือไม่ออกแม้แต่ภาษาของตนเอง [17]

**4. ความผันผวนทางภูมิรัฐศาสตร์และผลกระทบต่อระบบสุขภาพชายแดน**

ตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 18 มติที่ 18.2 ว่าด้วยระบบสุขภาพเชิงรุกท่ามกลางความผันผวนทางภูมิรัฐศาสตร์ (28 พฤศจิกายน 2568) รายงานว่า ปัจจุบันประชาคมโลกกำลังเผชิญกับความผันผวนทางภูมิรัฐศาสตร์ (geopolitical turbulence) ที่รุนแรงที่สุดในรอบหลายสิบปี สภาวะที่ไม่แน่นอนนี้มีสาเหตุสำคัญมาจากการแข่งขันของประเทศมหาอำนาจที่เปลี่ยนเศรษฐกิจและเทคโนโลยีให้กลายเป็นอาวุธในการต่อสู้ จนเกิดเป็นสงครามการค้าและการแบ่งค่ายทางเทคโนโลยีอย่างชัดเจน ปัญหาเหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นอย่าง

โดดเดี่ยว แต่กลับเชื่อมโยงและส่งผลกระทบต่อกันจนเกิดเป็นภาวะวิกฤตซ้อนวิกฤตที่สั่นคลอนความมั่นคงของประเทศในหลายด้านพร้อมกัน ไม่ว่าจะเป็นความมั่นคงทางพลังงาน ความมั่นคงทางอาหาร หรือความมั่นคงทางสุขภาพ โดยเฉพาะผลกระทบในพื้นที่ชายแดน ทั้งด้านการคลัง ด้านสาธารณสุข และเศรษฐกิจที่เชื่อมโยงกันทุกมิติบนฐานคิดความมั่นคงแบบองค์รวม (comprehensive security) ซึ่งมองความมั่นคงของชาติรอบด้าน และไม่จำกัดเพียงมิติด้านการทหาร

กรอบการทำงานเชิงรับในปัจจุบันได้สร้างวงจรที่เรียกว่า “วิกฤต-ตอบสนอง-ละเลย” (crisis-response-neglect) กล่าวคือ เมื่อเกิดวิกฤต สังคมจะระดมพลังและทรัพยากรทั้งหมดเพื่อตอบสนองอย่างเต็มที่ แต่เมื่อสถานการณ์คลี่คลาย ความสนใจก็จะจางหายไป ทำให้การลงทุนเชิงป้องกันสำหรับอนาคตในระยะยาวถูกพักไว้ มติฯ ชี้ให้เห็นว่า ประเทศไทยดำเนินนโยบายที่มุ่งแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเพียงอย่างเดียว ทำให้ติดอยู่กับการจัดการวิกฤต โดยมีสาเหตุหลักจากช่องว่างเชิงโครงสร้างและการพึ่งพาความสามารถเฉพาะตัวของบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ชายแดน ซึ่งนำไปสู่การทำงานในพื้นที่สีเทา (grey zone) ที่บีบให้บุคลากรต้องหาช่องทางทำงานนอกกรอบกติกาเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้า การปล่อยให้พื้นที่สีเทาคงอยู่ต่อไปนั้นเป็นอันตรายอย่างยิ่ง เพราะแม้จะแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ แต่ก็ต้องแลกมาด้วยต้นทุนที่สูงในระยะยาว ได้แก่ ประการแรก การพึ่งพาฮีโร่ที่ไม่ยั่งยืน เนื่องจากการทำงานนอกกรอบต้องอาศัยความสามารถและความทุ่มเทของบุคลากรเพียงไม่กี่คน ประการที่สอง บุคลากรเกิดภาวะหมดไฟและอาจตัดสินใจออกจากระบบ และประการที่สาม ระบบที่พึ่งพาความสามารถเฉพาะตัวของบุคลากรขาดการเรียนรู้และขยายผลหรือส่งต่อมาตรฐาน เมื่อระบบไม่เรียนรู้ก็เท่ากับติดอยู่กับที่และเสื่อมถอยลงอย่างช้าๆ จนความไร้ประสิทธิภาพกลายเป็นเรื่องปกติใหม่ (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 18, 2568)

สำหรับกรณีศึกษาในพื้นที่ชายแดน มติ 18.2 ระบบสุขภาพเชิงรุกท่ามกลางความผันผวนทางภูมิรัฐศาสตร์ ได้นำเสนอบริบทที่แตกต่างกันอย่างชัดเจนใน 2 พื้นที่ ได้แก่ ชายแดนไทย-เมียนมา มีรากฐานจากความขัดแย้งภายใน (ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564) ที่นำไปสู่การล่มสลายของระบบสาธารณสุขเพื่อนบ้าน โดยโรงพยาบาลและคลินิกกว่า 445 แห่งถูกทำลาย สร้างภาวะความต้องการด้านสุขภาพครั้งใหญ่ และผลักดันให้ประชากรข้ามชาติ (แรงงาน 2.3 ล้านคน และผู้อพยพประมาณ 1.3 ล้านคน) ต้องพึ่งพาบริการสุขภาพในไทย ขณะที่ชายแดนไทย-กัมพูชา มีรากฐานจากความเชื่อมโยงทางเศรษฐกิจที่ลึกซึ้งและการพึ่งพาซึ่งกันและกัน โดยมีค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บไม่ได้ประมาณ 277 ล้านบาท (ปี 2567) ข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสำหรับประชากรข้ามชาติในพื้นที่ชายแดนทั้งหมดปัจจุบันอยู่ที่ 92,000 ล้านบาท (จากการเข้ารับบริการเกือบ 3.8 ล้านครั้ง ในปีงบประมาณ 2567) โดยหากเลือกยุติบริการในพื้นที่พักพิงชั่วคราว ภาระงานและต้นทุนของโรงพยาบาลรัฐจะพุ่งสูงขึ้นอย่างก้าวกระโดด เช่น บริการผู้ป่วยนอกอาจเพิ่มขึ้นเกือบ 15 เท่า ยืนยันว่าการลงทุนเชิงรุกในบริการด้านหน้าคือกลยุทธ์ที่จำเป็นและมีประสิทธิภาพเพื่อสร้างเสถียรภาพทางการคลังให้ระบบโดยรวมในระยะยาว (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 18, 2568) ต่อมาในวันที่ 20 มกราคม 2569 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เห็นชอบรับทราบมติดังกล่าว และมอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ พร้อมทั้งแต่งตั้งคณะกรรมการศึกษาและติดตามพลวัตภูมิรัฐศาสตร์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพเป็น

กลไกยุทธศาสตร์เพื่อรับมือความผันผวนการเมืองโลก สนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายภายใต้ฐานข้อมูลและการมองการณ์ไกล

**6.2 ช่องว่าง**

กลไกการชดเชยทางการเงินสำหรับสถานพยาบาลที่ให้การรักษาผู้ป่วยต่างด้าวที่ตกหล่นจากระบบประกันสุขภาพยังไม่มีความชัดเจนและขาดหน่วยงานกลาง (Clearing House) ระดับชาติในการประมวลผลข้อมูลและจัดการธุรกรรมการเบิกจ่ายอย่างเป็นระบบ กองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวในปัจจุบันพึ่งพารายรับจากการขายบัตรประกันสุขภาพเพียงช่องทางเดียว ซึ่งงบประมาณไม่เพียงพอต่อการรองรับภาระค่ารักษาพยาบาลที่มีมูลค่าสูงหากขยายสิทธิ UCEP หรือเกิดการระบาดของโรค [13] นอกจากนี้ยังมีอุปสรรคเชิงโครงสร้างและข้อกฎหมายที่ขัดขวางไม่ให้แรงงานลักลอบเข้าเมือง ผู้ลี้ภัย หรือแรงงานที่นายจ้างหลีกเลี่ยงการขึ้นทะเบียนสามารถซื้อประกันสุขภาพได้ เนื่องจากราคาสูงและความกลัวการถูกเนรเทศ [13] การขาดงบประมาณระดับชาติเพื่อชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉินวิกฤตให้กับประชากรกลุ่มนี้ ส่งผลให้โรงพยาบาลต้องใช้เงินบำรุงของตนเองในการสงเคราะห์ผู้ป่วย ก่อให้เกิดภาวะขาดทุนสะสมและบั่นทอนเสถียรภาพทางการเงินของสถานพยาบาล [13]

นโยบายประกันสุขภาพสำหรับเด็กต่างด้าวยังมีช่องว่างเชิงโครงสร้าง โดยปัจจุบันจำกัดสิทธิการซื้อบัตรประกันสุขภาพเฉพาะเด็กอายุไม่เกิน 7 ปีบริบูรณ์ ทำให้เด็กวัย 8-15 ปี ตกหล่นจากระบบประกันสุขภาพโดยสิ้นเชิง ในขณะที่มาตรฐานในต่างประเทศมักครอบคลุมถึงอายุ 18 ปี งบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) ส่วนใหญ่ถูกผูกติดกับสิทธิของประชากรไทย ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฏิบัติการเกิดความกังวลและสับสนในการนำงบประมาณไปใช้จัดบริการเชิงรุกให้กับเด็กต่างด้าว โดยปัจจุบันต้องอาศัยการบริหารจัดการนำวัคซีนส่วนที่เหลือจากการฉีดเด็กไทยมาใช้แทน ในด้านการศึกษา ยังไม่มีหน่วยงานภาครัฐที่เป็นเจ้าภาพหลักที่มีอำนาจตามกฎหมายในการกำกับดูแลมาตรฐานสุขอนามัยและคุณภาพการศึกษาของศูนย์ MLCs อย่างเป็นทางการ ทำให้ศูนย์ฯ ต้องพึ่งพารายได้จากการเก็บค่าธรรมเนียมหรือเงินบริจาค ซึ่งไม่เพียงพอต่อการจัดหาสถานที่ที่ถูกสุขลักษณะหรือจ้างครูที่มีใบประกอบวิชาชีพ [15]

โครงสร้างการบริหารจัดการการสื่อสารความเสี่ยงสุขภาพในภาวะวิกฤตยังรวมศูนย์และขาดความเป็นเอกภาพ โดยผู้บริหารมักมุ่งเน้นเพียงการประชาสัมพันธ์ทางเดียวมากกว่ากระบวนการสื่อสารเชิงรุก และขาดเครื่องมือประเมินความต้องการหรือเฝ้าระวังข่าวสารที่เหมาะสมกับกลุ่มแรงงานต่างด้าว [18] สื่อที่ผลิตมักใช้คำศัพท์ทางวิชาการสาธารณสุขที่ซับซ้อน และแรงงานข้ามชาติจำนวนมากมีข้อจำกัดด้านการอ่าน ทำให้สื่อสิ่งพิมพ์และการแปลภาษาไม่เกิดประสิทธิผลเท่าที่ควร ด้านทรัพยากร บุคลากรและงบประมาณสำหรับงานสื่อสารความเสี่ยงมีจำกัด โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขข้ามชาติ (อสต.) ซึ่งเป็นกำลังสำคัญที่สุดกลับไม่ได้รับค่าตอบแทนที่มั่นคง ขาดสวัสดิการ และไม่มีเวลาปฏิบัติงานเพียงพอเนื่องจากมีสถานะเป็นอาสาสมัครและต้องทำงานประจำ นอกจากนี้ ยังขาดการบูรณาการมาตรการระหว่างกระทรวงอย่างเป็นระบบ เช่น นโยบายการปิดสถานประกอบการ (Bubble & Seal) ขาดแผนรองรับการดูแลแรงงานข้ามชาติ ทำให้เกิดการผลักภาระให้นายจ้างและแรงงานต้องดูแลตนเองท่ามกลางความสับสน [17, 18]

ในมิติความผันผวนทางภูมิรัฐศาสตร์ มติ 18.2 พบช่องว่างสำคัญที่ยังต้องได้รับการแก้ไขใน 3 มิติ ได้แก่

ประการแรก ช่องว่างเชิงกลไกสถาบัน แม้สำนักงานสภาความมั่นคงแห่งชาติ (สมช.) จะมีภารกิจหลักในการกำหนดทิศทางนโยบายและแจ้งเตือนภัยคุกคามเชิงยุทธศาสตร์ตาม พ.ร.บ. สภาความมั่นคงแห่งชาติ พ.ศ. 2559 แต่การบูรณาการมิติสุขภาพในฐานะ “สินทรัพย์เชิงยุทธศาสตร์” และ “ภัยคุกคามความมั่นคง” ยังมิได้ถูกผนวกรวมเข้าสู่กระบวนการหลักของ สมช. อย่างเป็นระบบ บทเรียนจากโควิด-19 สะท้อนชัดว่าการประสานงานยังเป็นเชิงรับ โดยต้องจัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) เป็นกลไกพิเศษเฉพาะกิจแทน แทนที่จะใช้กลไกความมั่นคงถาวรในการวางแผนเชิงรุกตั้งแต่ต้น (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 18, 2568)

ประการที่สอง ช่องว่างเชิงกรอบกฎหมาย แม้ประเทศไทยจะมีเครื่องมือทางกฎหมายสำคัญสามฉบับ ได้แก่ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และ พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 แต่กฎหมายเหล่านี้ยังถูกจำกัดด้วยกรอบการบังคับใช้แบบดั้งเดิมที่มุ่งแก้ปัญหาภายในประเทศเป็นหลัก และยังขาดกรอบธรรมาภิบาลที่สามารถสร้างการบูรณาการเชิงปรับตัวที่ผสานทั้งอำนาจสั่งการและการมีส่วนร่วมได้อย่างยืดหยุ่นตามบริบท (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 18, 2568)

ประการที่สาม ช่องว่างเชิงการบริหารจัดการ การดำเนินงานยังคงแก้ปัญหาเฉพาะหน้าผ่านเครื่องมือที่ไม่ยั่งยืน เช่น การอาศัยมติคณะรัฐมนตรีเป็นรายครั้ง และกรอบความร่วมมือระหว่างประเทศที่มักเป็นเชิงสัญลักษณ์และขาดกลไกงบประมาณที่เข้มแข็ง ในด้านกลไกด้านสุขภาพมีคณะกรรมการ GITH (Geopolitics, International Trade and Health) ซึ่งมีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และมูลนิธิพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program Foundation: IHPF) เป็นเลขานุการร่วมนั้น แม้จะมีรากฐานความร่วมมือที่ดี แต่ภารกิจยังจำกัดเพียงมิติการค้า และยังขาดศักยภาพในการขยายบทบาทสู่การเป็นระบบสุขภาพเชิงรุกที่รับมือกับโจทย์ภูมิรัฐศาสตร์ที่ซับซ้อนได้จริง (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 18, 2568) บทเรียนจากการทบทวนชี้ว่าแนวทางก้าวต่อไปที่เหมาะสมไม่ใช่การจัดตั้งกลไกใหม่ที่อาจซ้ำซ้อน แต่คือการต่อยอดและยกระดับกลไกเดิม เพื่อเปลี่ยนผ่านจากการทำงานเชิงรับไปสู่การสร้างศักยภาพเชิงปรับตัว ที่สามารถบริหารจัดการความท้าทายที่ซับซ้อนได้อย่างมีเอกภาพและมองไปข้างหน้า (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 18, 2568) นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มผู้หนีภัยการสู้รบซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากสถานการณ์ความไม่สงบในประเทศเพื่อนบ้าน เด็กข้ามชาติที่เผชิญข้อจำกัดทั้งด้านสุขภาพ การศึกษา และการคุ้มครองทางสังคม ความร่วมมือในกรอบอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขง (Mekong–Lancang Cooperation: MLC) ด้านสาธารณสุขข้ามพรมแดน กลไกการเงินการคลังสุขภาพและระบบประกันสุขภาพสำหรับประชากรข้ามชาติที่ยั่งยืนและลดภาระค่ารักษาพยาบาลที่เรียกเก็บไม่ได้ของหน่วยบริการชายแดน ตลอดจนวิเคราะห์ปัจจัยด้านภูมิรัฐศาสตร์ (Geopolitics) และผลกระทบทางสังคม–การเมือง (Sociopolitical Impact) ที่มีต่อการเคลื่อนย้ายประชากรและความมั่นคงของระบบสุขภาพไทยในระยะยาว

### 6.3 ความเชื่อมโยงกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 และมติสมัชชาสุขภาพ

หมวดการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ กำหนดให้ระบบบริการสาธารณสุขรองรับความต้องการด้านสุขภาพสำหรับคนทุกกลุ่มทุกเชื้อชาติอย่างเป็นธรรม และหมวด การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ กำหนดให้มีระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคข้ามพรมแดน มติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วย การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มแรงงานข้ามชาติ และ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วย การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มเด็กและเยาวชนไร้รัฐไร้สัญชาติและมติ 18.2 ระบบสุขภาพเชิงรุกท่ามกลางความผันผวนทางภูมิรัฐศาสตร์

## 7. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร: ระบบสุขภาพเพื่อรองรับประชากรทุกช่วงวัย

### 7.1 สถานการณ์

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็ว ซึ่งเป็นผลจากการลดลงของอัตราการเกิด การเพิ่มขึ้นของอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด การลดลงของประชากรวัยแรงงาน และการเคลื่อนย้ายประชากรทั้งภายในและระหว่างประเทศ ส่งผลให้โครงสร้างประชากรของประเทศเปลี่ยนแปลงจากสังคมที่มีประชากรวัยแรงงานเป็นฐานหลักไปสู่สังคมที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกันจำนวนเด็กและเยาวชนลดลง ส่งผลกระทบต่อกำลังแรงงาน การพัฒนาทุนมนุษย์ การเติบโตทางเศรษฐกิจ ตลอดจนความยั่งยืนของระบบสุขภาพและระบบสวัสดิการสังคมในระยะยาว การลดลงของอัตราการเกิดเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่เร่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร โดยประเทศไทยมีจำนวนการเกิดลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วงหลายปีที่ผ่านมา และมีอัตราการเจริญพันธุ์รวมต่ำกว่าระดับทดแทนประชากร ส่งผลให้จำนวนเด็กและเยาวชนลดลงอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าจำนวนประชากรกลุ่มนี้จะลดลง แต่ความท้าทายด้านสุขภาพกลับมีความซับซ้อนมากขึ้น ทั้งปัญหาพัฒนาการเด็ก ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สุขภาพจิตเด็กและเยาวชน ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน การใช้สื่อดิจิทัลอย่างไม่เหมาะสม รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ซึ่งล้วนส่งผลต่อคุณภาพของทุนมนุษย์ในอนาคต และจำเป็นต้องได้รับการลงทุนตั้งแต่ช่วงปฐมวัยอย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มประชากรวัยแรงงาน ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการลดลงของจำนวนแรงงานอันเป็นผลจากอัตราการเกิดที่ลดลง ขณะที่ประชากรวัยแรงงานต้องรับภาระดูแลสมาชิกในครอบครัวทั้งเด็กและผู้สูงอายุ หรือที่เรียกว่า Sandwich Generation ส่งผลให้เกิดภาระทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพเพิ่มขึ้น ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงาน โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ปัญหาสุขภาพจิต ความเครียดจากการทำงาน และภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout) ส่งผลให้ระบบสุขภาพจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบบริการที่ส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานและสนับสนุนการคงอยู่ของกำลังแรงงานที่มีคุณภาพ อีกประเด็นสำคัญคือการเคลื่อนย้ายประชากร ทั้งการย้ายถิ่นจากชนบทเข้าสู่เมือง การกระจุกตัวของประชากรในเขตเมือง และการเพิ่มขึ้นของแรงงานข้ามชาติ ซึ่งส่งผลให้ความต้องการบริการสุขภาพของแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันมากขึ้น ขณะที่หลายพื้นที่ชนบทกำลังเผชิญภาวะประชากรสูงวัยและการขาดแคลนแรงงาน ส่วนพื้นที่เมืองต้องรองรับประชากรแฝงและประชากรเคลื่อนย้ายจำนวนมาก ส่งผลต่อการจัดสรร

ทรัพยากร การวางแผนกำลังคน และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่[5] สำหรับประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) แล้ว โดยในปี พ.ศ. 2566 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 13,064,929 คน คิดเป็นร้อยละ 20.08 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณร้อยละ 31 ภายในปี พ.ศ. 2583 การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุส่งผลให้ความต้องการบริการสุขภาพการดูแลระยะยาว (Long-Term Care) การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

การสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกันยังเกิดปรากฏการณ์ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง ผู้สูงอายุที่ดูแลกันเอง และครอบครัวขนาดเล็กที่ไม่สามารถรองรับภาระการดูแลได้เพียงพอ ส่งผลให้ระบบสุขภาพจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการดูแลที่เชื่อมโยงระหว่างครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบ [3] ข้อมูล ณ สิ้นปี พ.ศ. 2566 พบว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) อย่างเป็นทางการ โดยมีประชากรสูงวัย (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 13,064,929 คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 20.08 ของจำนวนประชากรทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและสังคมยังก่อให้เกิดปรากฏการณ์ Sandwich Generation ในกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งต้องรับภาระดูแลทั้งบุตรหลานและผู้สูงอายุในช่วงเวลาเดียวกัน [19] การขยายตัวของสังคมสูงวัยมีแนวโน้มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังเพิ่มสูงขึ้น โดยข้อมูล ณ สิ้นปี พ.ศ. 2566 พบว่า มีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังจำนวน 1,348,397 คน คิดเป็นร้อยละ 10.32 ของผู้สูงอายุทั้งหมดในประเทศไทย สัดส่วนนี้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 7.3 ในปี พ.ศ. 2563 นอกจากนี้ยังมีกลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลกันเองหรืออยู่ในครัวเรือนที่มีเพียงผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วยกันอีกจำนวน 610,405 คน คิดเป็นร้อยละ 4.67 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และคาดการณ์ว่าประเทศไทยอาจมีผู้สูงอายุที่เสียชีวิตตามลำพังสูงถึงราว 47,000 คนต่อปี เมื่อก้าวเข้าสู่ Super-Aged Society ในปี พ.ศ. 2572

ในมิติด้านสุขภาพ พบว่าความต้องการบริการสาธารณสุขมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว ส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาว เช่น ภาวะติดบ้านและติดเตียง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสร้างแรงกดดันต่อระบบบริการสุขภาพทุกระดับ ทั้งด้านทรัพยากรบุคคล ระบบบริการระยะยาว (Long-Term Care) และงบประมาณด้านสุขภาพ [2] นอกจากปัญหาสุขภาพกายแล้ว ผู้สูงอายุยังมีอัตราการเจ็บป่วยทางจิตเวชเพิ่มขึ้น ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และภาวะสมองเสื่อม รวมถึงมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้น โดยมีสาเหตุสำคัญจากความเจ็บป่วย ความโดดเดี่ยวทางสังคม และความไม่มั่นคงทางรายได้ [19] สำหรับบริบทเขตเมือง การเปลี่ยนแปลงไปสู่โครงสร้างครอบครัวเดี่ยวส่งผลให้เกิดสถานการณ์ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังหรืออาศัยอยู่เพียงสองคนเพิ่มมากขึ้น หรือที่เรียกว่า Aging in Place [1] ขณะเดียวกัน ประเทศยังเผชิญกับภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งส่งผลต่อความต้องการกำลังคนและองค์ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงวัยในอนาคต [20] โดยการเปลี่ยนแปลงของบริบทการเจ็บป่วยในยุคปัจจุบันพบการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคเสื่อมต่าง ๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงโรคอัลไซเมอร์และสมองเสื่อม ซึ่งมักเป็นสาเหตุการตายหลักในผู้ป่วยวัยสูงอายุ ทำให้ความต้องการการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายมีความสำคัญเร่งด่วนมากขึ้น

นอกจากมิติด้านสุขภาพแล้ว การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรยังก่อให้เกิดโอกาสทางเศรษฐกิจที่สำคัญ ภายใต้แนวคิดเศรษฐกิจสูงวัย (Silver Economy) ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่ตอบสนองความจำเป็นและความต้องการของผู้สูงอายุทั้งในฐานะผู้บริโภคและผู้มีส่วนร่วมในการผลิต จากการวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มด้านการบริโภคของผู้สูงอายุของ TDRI พบว่า ในปี พ.ศ. 2566 การใช้จ่ายเพื่อการบริโภคของผู้สูงอายุมีมูลค่ารวมประมาณ 2.18 ล้านล้านบาท และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 3.50 ล้านล้านบาทในปี พ.ศ. 2576 สะท้อนขนาดตลาดที่กำลังเติบโต อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2567 พบว่าผู้สูงอายุเกือบครึ่ง (ร้อยละ 44.3 หรือ 6.2 ล้านคน) ไม่มีเงินออม และแรงงานสูงอายุนอกระบบร้อยละ 62.7 ยังคงทำงานด้วยเหตุผลความจำเป็นทางเศรษฐกิจ โดยร้อยละ 88 ไม่มีหลักประกันทางสังคมหรือความคุ้มครองในการทำงาน

**7.2 ช่องว่าง**

การบริหารจัดการผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรยังคงเผชิญช่องว่างเชิงระบบ 5 ประการ โดยประการแรก คือ ช่องว่างด้านการเตรียมทรัพยากรและงบประมาณระยะยาว โดยระบบการเงินการคลังด้านสุขภาพและการลงทุนภาครัฐยังจำเป็นต้องปรับตัวเพื่อรองรับสังคมสูงวัยและประชากรที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเพียงพอและเป็นธรรม [6]

ประการที่สอง ระบบบริการสุขภาพและรูปแบบการดูแลยังไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและโครงสร้างครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะในเขตเมืองที่ครอบครัวมีขนาดเล็กลงและมีข้อจำกัดด้านเวลา ทั้งนี้ระบบยังขาดการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุทางเลือกที่ขับเคลื่อนโดยชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเป็นรูปธรรม ขณะที่การกระจายตัวของหน่วยบริการดูแลระยะท้ายยังไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะในระดับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้ผู้ป่วยในบางพื้นที่เข้าถึงบริการได้ยาก รวมถึงยังขาดระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ทำให้การดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านหรือชุมชนเป็นไปอย่างไม่ราบรื่น (มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ, 2568) [1]

ประการที่สาม ช่องว่างด้านกำลังคนสุขภาพ โดยการผลิตและการวางแผนกำลังคนยังเผชิญความท้าทายในการปรับตัวให้ทันต่อความต้องการบริการสุขภาพที่มีความซับซ้อนเพิ่มขึ้นจากภาระโรคเรื้อรังและสังคมสูงวัย [5] รวมถึงการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการรองรับปัญหาสุขภาวะทางใจของผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง [7] นอกจากนี้ยังพบการขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะ ซึ่งปัจจุบันมีพยาบาลในหน่วยดูแลแบบประคับประคองทั่วประเทศเพียง 3,000 คน สวนทางกับตัวเลขการเสียชีวิตของคนไทยแต่ละปีที่อยู่ที่ 600,000 คน สะท้อนความไม่สมดุลระหว่างอุปสงค์และอุปทานของบริการดูแลระยะท้ายอย่างชัดเจน (มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ, 2568)

ประการที่สี่ ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการดูแลระยะท้ายยังเป็นช่องว่างสำคัญใน 3 มิติ ได้แก่ ความแตกต่างระหว่างพื้นที่เมืองและชนบทซึ่งพื้นที่เมืองมีการกระจุกตัวของบริการดูแลระยะท้ายที่มีคุณภาพสูง ขณะที่พื้นที่ชนบทมักประสบการขาดแคลนทรัพยากรและบุคลากร ความแตกต่างระหว่างกลุ่มเศรษฐานะซึ่งผู้ป่วยที่มีฐานะดีสามารถเลือกรับบริการที่มีความพร้อมสูงได้ ในขณะที่ผู้มีรายได้น้อยมักต้อง

พึ่งพาบริการจากภาครัฐซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร และความแตกต่างระหว่างระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ได้แก่ สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีสิทธิประโยชน์และการครอบคลุมบริการดูแลระยะท้ายที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยในแต่ละระบบมีโอกาสในการเข้าถึงบริการที่ไม่เท่าเทียมกัน (มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ, 2568)

ประการที่ห้า ช่องว่างด้านการสร้างโอกาสในเศรษฐกิจสูงวัย (Silver Economy) แม้ประเทศไทยจะมีนโยบายและการดำเนินงานจากหลายหน่วยงาน แต่ยังขาดทิศทางเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนและบูรณาการระหว่างหน่วยงาน ทั้งในด้านการส่งเสริมการจ้างงานผู้สูงอายุ การผลิตสินค้าและบริการที่เหมาะสมและการสร้างระบบนิเวศที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ นอกจากนี้ กฎหมายที่เกี่ยวข้องยังขาดบทบัญญัติคุ้มครองแรงงานผู้สูงอายุโดยเฉพาะ สินค้าและบริการจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุมีราคาสูงและเข้าถึงยากสำหรับผู้มีรายได้น้อย และยังขาดฐานข้อมูลกลางในการประเมินความสมดุลระหว่างอุปทานของบริการกับความต้องการของผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคต (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 18 มติ 18.1, 2568)

### 7.3 ความเชื่อมโยงกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 และมติสมัชชาสุขภาพ

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ มุ่งดูแลสุขภาพในทุกช่วงวัย หมวด การเงินการคลังด้านสุขภาพ เพื่อรองรับสังคมสูงวัย และหมวด สุขภาพจิต ซึ่งร่วมกันกำหนดทิศทางเชิงโครงสร้างในการตอบรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร รวมทั้ง มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง เช่น มติ 2.10 ว่าด้วยการพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาวะของเด็ก เยาวชนและครอบครัว (เพื่อแก้ปัญหาเด็กเกิดน้อย) มติ 2.11 การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มติ 9.3 การสร้างเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัยด้วยการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม (เพื่อแก้ปัญหาเด็กเกิดน้อย) มติ 15.3 หลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ มติ 16.3 การส่งเสริมการพัฒนาประชากรให้เกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ (เพื่อแก้ปัญหาเด็กเกิดน้อย) และมติ 18.1 การสร้างโอกาสในเศรษฐกิจสูงวัย

# บทที่ 4 ผลการคัดเลือกประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศด้วยเทคนิคเดลฟาย

การศึกษาครั้งนี้ใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) จำนวน 3 รอบ เพื่อรวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิในการกำหนดลำดับความสำคัญของประเด็นสำคัญ 7 ประเด็นที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ ภายใต้กรอบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 เพื่อนำไปสู่การพัฒนาข้อเสนอนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม โดยแต่ละประเด็นประเมินใน 5 มิติ ได้แก่ (1) ความต้องการและผลกระทบ (2) ความสอดคล้องกับนโยบาย (3) ช่องว่างและความจำเป็นในการบูรณาการ (4) ความเป็นไปได้ในการดำเนินการ และ (5) ความเร่งด่วน ด้วยมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด และ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด) ซึ่งระดับคะแนนสะท้อนระดับความสำคัญของประเด็นในการแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างใน 5 ปีข้างหน้า สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 (P25) ค่ามัธยฐาน ($\tilde{x}$) เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 (P75) และร้อยละของผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คะแนนระดับ 4 หรือ 5 (%≥4) สำหรับเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็น กำหนดดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึง มีความสำคัญมากที่สุด, 3.51–4.50 หมายถึง มีความสำคัญมาก 2.51–3.50 หมายถึง มีความสำคัญปานกลาง 1.51–2.50 หมายถึง มีความสำคัญน้อย และ 1.00–1.50 หมายถึง มีความสำคัญน้อยที่สุด

การตัดสินฉันทมติ (Consensus) ใช้เกณฑ์แบบผสมที่พิจารณาสองเงื่อนไขร่วมกัน คือ ค่าเฉลี่ย (Mean) ซึ่งสะท้อนระดับการเห็นด้วยโดยรวม และค่า %≥4 ซึ่งหมายถึง ร้อยละของผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คะแนนตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป (เห็นด้วยมากถึงมากที่สุด) ต่อจำนวนผู้ตอบทั้งหมดในข้อคำถามนั้น ซึ่งเป็นดัชนีฉันทมติที่ใช้แพร่หลายที่สุดในการศึกษาเดลฟาย โดยจำแนกระดับฉันทมติเป็น 3 ระดับ ดังนี้

(1) ฉันทมติระดับสูง หมายถึง Mean ≥ 3.50 และ %≥4 ≥ ร้อยละ 70 กล่าวคือ ผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่ เห็นด้วยในระดับมากขึ้นไป อย่างชัดเจน (อย่างน้อย 7 ใน 10) และระดับการเห็นด้วยโดยรวมอยู่ในระดับมาก (2) ฉันทมติระดับปานกลาง หมายถึง Mean ≥ 3.00 และ %≥4 ≥ ร้อยละ 50 กล่าวคือ ผู้ทรงคุณวุฒิเกินครึ่งเห็นด้วยในระดับมากขึ้นไป แต่ยังไม่ถึงเกณฑ์ระดับสูง และ (3) ฉันทมติระดับต่ำ หมายถึง ต่ำกว่าเกณฑ์ทั้งสองข้างต้น ทั้งนี้ เกณฑ์แบบผสมดังกล่าววัด ทิศทางและความเข้มของการเห็นด้วย ซึ่งแตกต่างจากค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR = P75 − P25) ที่วัดความสอดคล้องหรือการเกาะกลุ่มของความคิดเห็น โดยไม่คำนึงถึงทิศทาง การศึกษานี้จึงรายงานทั้งสองดัชนีควบคู่กัน โดยใช้เกณฑ์ Mean ร่วมกับ %≥4 เป็นเกณฑ์หลักในการจำแนกระดับฉันทมติ และใช้ IQR ≤ 1.00 เป็นดัชนีเสริมยืนยันความสอดคล้องของความคิดเห็นระหว่างรอบ

ผลการวิเคราะห์แบบสำรวจเดลฟาย พบว่า ผลการวิเคราะห์แบบสำรวจเดลฟาย พบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความสำคัญกับ ***ประเด็นที่ 7 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร*** มากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยรวม 4.36 และมีผู้ให้คะแนนระดับ 4–5 ร้อยละ 86.1 ซึ่งอยู่ในระดับฉันทมติสูง ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ทรงคุณวุฒิเห็นตรงกันว่า การเปลี่ยนแปลงด้านขนาดและโครงสร้างประชากร โดยเฉพาะอัตราการเกิดที่ลดลง การเพิ่มขึ้นของ

ประชากรสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงของกำลังแรงงาน และสัดส่วนประชากรวัยพึ่งพิง เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพ ระบบเศรษฐกิจ และระบบสวัสดิการสังคมของประเทศในระยะยาว จึงจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมสำหรับประชากรทุกช่วงวัย รวมทั้งพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและการดูแลแบบประคับประคองให้เพียงพอต่อความต้องการที่เพิ่มขึ้น

รองลงมา คือ ***ประเด็นที่ 4 ระบบบริการสุขภาพ*** มีค่าเฉลี่ยรวม 4.34 และมีผู้ให้คะแนนระดับ 4–5 ร้อยละ 88.6 ซึ่งอยู่ในระดับฉันทมติสูงเช่นเดียวกัน ผู้ทรงคุณวุฒิจึงเห็นว่าการจัดบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ รวมถึงกำลังคนด้านสุขภาพ การเงินการคลัง เทคโนโลยีทางการแพทย์ คุณภาพ และความปลอดภัยของบริการ ยังคงเป็นประเด็นสำคัญของประเทศ โดยเฉพาะปัญหาการกระจายกำลังคนที่ไม่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ภาระงานของบุคลากร ความแตกต่างด้านคุณภาพบริการ และความยั่งยืนของระบบการเงินการคลัง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขในเชิงโครงสร้างและระบบ และ ***ประเด็นที่ 1 ระบบสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน*** มีค่าเฉลี่ยรวม 4.34 และมีผู้ให้คะแนนระดับ 4–5 ร้อยละ 88.1 อยู่ในระดับฉันทมติสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับประเด็นระบบบริการสุขภาพ ผลการประเมินแสดงให้เห็นว่าผู้ทรงคุณวุฒิให้ความสำคัญกับระบบสุขภาพปฐมภูมิในฐานะรากฐานของระบบสุขภาพไทย ซึ่งครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาเบื้องต้น การฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลต่อเนื่องในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน อย่างไรก็ตาม ระบบปฐมภูมิยังมีข้อจำกัดด้านคุณภาพ มาตรฐาน และการเข้าถึงบริการ จึงควรเร่งพัฒนาหน่วยบริการใกล้บ้าน การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ การถ่ายโอนภารกิจสู่ท้องถิ่น การพัฒนากำลังคน ตลอดจนการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

เมื่อพิจารณาคะแนนของ 3 ประเด็นแรก พบว่า มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ระหว่าง 4.34–4.36 และแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย แสดงให้เห็นว่า ผู้ทรงคุณวุฒิไม่ได้ให้ความสำคัญเฉพาะประเด็นใดประเด็นหนึ่ง แต่เห็นว่าการรองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และการเสริมความเข้มแข็งของระบบสุขภาพปฐมภูมิ เป็นประเด็นที่เชื่อมโยงกันและควรได้รับการผลักดันควบคู่กัน

ลำดับต่อมา คือ ***ประเด็นที่ 5 ระบบสุขภาพดิจิทัลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ*** มีค่าเฉลี่ยรวม 3.95 และมีผู้ให้คะแนนระดับ 4–5 ร้อยละ 80.6 ซึ่งอยู่ในระดับฉันทมติสูง แสดงให้เห็นว่า ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นความสำคัญของการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการบริหารจัดการและให้บริการสุขภาพ รวมถึงการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ การใช้ปัญญาประดิษฐ์ การแพทย์ทางไกล และการพัฒนาความสามารถของประชาชนในการเข้าถึงและใช้ข้อมูลสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การพัฒนาระบบดังกล่าวต้องดำเนินการควบคู่กับการยกระดับคุณภาพข้อมูล การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ และการลดความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัล ***ประเด็นที่ 2 ระบบสุขภาพชุมชนเมือง*** มีค่าเฉลี่ยรวม 3.93 และมีผู้ให้คะแนนระดับ 4–5 ร้อยละ 74.6 ซึ่งอยู่ในระดับฉันทมติสูง ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการขยายตัวของเมืองและการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะปัญหาของประชากรแฝง ชุมชนแออัด แรงงานนอกระบบ ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง และกลุ่มเปราะบางที่อาจเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ ระบบสุขภาพชุมชนเมืองจึงควรได้รับการพัฒนาให้สอดคล้องกับ

รูปแบบการดำรงชีวิตของประชากรเมือง มีระบบข้อมูลที่ครอบคลุม และสามารถจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพและความเหลื่อมล้ำในเขตเมืองได้อย่างเหมาะสม

สำหรับ ***ประเด็นที่ 6 ระบบสุขภาพชายแดน ประชากรข้ามชาติ และบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ*** มีค่าเฉลี่ยรวม 3.55 และมีผู้ให้คะแนนระดับ 4–5 ร้อยละ 52.4 ซึ่งอยู่ในระดับฉันทมติปานกลาง ผลการประเมินแสดงว่า ผู้ทรงคุณวุฒิเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพประชากรในพื้นที่ชายแดน แรงงานข้ามชาติ เด็กข้ามชาติ ผู้หนีภัยการสู้รบ และบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ แต่ยังมีข้อจำกัดด้านสิทธิในการเข้าถึงบริการ ภาระค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ ระบบข้อมูล และกลไกการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน จึงควรพัฒนาระบบบริการในพื้นที่ชายแดน ระบบข้อมูลประชากร และกลไกการคุ้มครองสิทธิที่สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องและไม่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของระบบสุขภาพไทย

ส่วน ***ประเด็นที่ 3 ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก*** ได้รับคะแนนเฉลี่ยรวมต่ำที่สุด คือ 3.25 และมีผู้ให้คะแนนระดับ 4–5 ร้อยละ 36.9 ซึ่งอยู่ในระดับฉันทมติต่ำ ผลดังกล่าวอาจสะท้อนว่า ผู้ทรงคุณวุฒิยังไม่เห็นความชัดเจนของการกำหนดประเด็นนี้เป็นยุทธศาสตร์หลักในระดับเดียวกับประเด็นอื่น เนื่องจากองค์ความรู้ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ยังมีข้อจำกัดด้านหลักฐานเชิงประจักษ์ มาตรฐาน และการยอมรับในวงกว้าง อย่างไรก็ตาม ประเด็นนี้ยังมีความสำคัญต่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพและการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน จึงควรพิจารณาบูรณาการเข้ากับระบบสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน พร้อมทั้งสนับสนุนการศึกษาวิจัย การพัฒนามาตรฐาน และการเชื่อมโยงภูมิปัญญาท้องถิ่นกับระบบสุขภาพสมัยใหม่อย่างเหมาะสม (ดังตารางที่ 2 และตารางที่ 3)

**ตารางที่ 2** ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ 7 ประเด็น

| ประเด็น | รายละเอียดคำถาม | รอบที่ 1 (n = 47) | | | | รอบที่ 2 (n = 47) | | | | รอบที่ 3 (n = 47) | | | | ผลการสำรวจเดลฟาย | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Mean | x̄ | %≥4 | ฉันทามติ | Mean | x̄ | %≥4 | ฉันทามติ | Mean | x̄ | %≥4 | ฉันทมติ | Mean | x̄ | %≥4 | ฉันทมติ |
| ประเด็นที่ 1 ระบบสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน | ก. เป็นประเด็นที่เป็นความต้องการ เป็นประโยชน์หรือมีผลกระทบกับประชาชนและสังคมไทย สอดคล้องกับสถานการณ์โลก และนำไปสู่การแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างใน 5 ปีข้างหน้า | 4.60 | 5.0 | 93.6 | ฉันทามติสูง | 4.64 | 5.0 | 95.7 | ฉันทมติสูง | 4.77 | 5.0 | 97.9 | ฉันทมติสูง | 4.67 | 5.0 | 95.7 | สูง |
| | ข. เป็นประเด็นที่สอดคล้องกับนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ | 4.19 | 4.0 | 83.0 | ฉันทมติสูง | 4.66 | 5.0 | 93.6 | ฉันทมติสูง | 4.68 | 5.0 | 93.6 | ฉันทมติสูง | 4.51 | 5.0 | 90.1 | สูง |
| | ค. เป็นประเด็นที่เป็นช่องว่าง (Gap) ของสังคม ยังไม่มีเจ้าภาพ/กลไกขับเคลื่อนที่เป็นรูปธรรม และต้องบูรณาการการทำงานข้ามภาคส่วน | 4.21 | 4.0 | 78.7 | ฉันทมติสูง | 4.26 | 4.0 | 87.2 | ฉันทมติสูง | 4.32 | 4.0 | 93.6 | ฉันทมติสูง | 4.26 | 4.0 | 86.5 | สูง |
| | ง. เป็นประเด็นที่มีความเป็นไปได้ในการดำเนินการให้เกิดผลจริงใน 5 ปีข้างหน้า ภายใต้ข้อจำกัดด้านกฎหมาย งบประมาณ กำลังคน และบริบทการเมือง | 3.98 | 4.0 | 72.3 | ฉันทมติสูง | 4.06 | 4.0 | 85.1 | ฉันทมติสูง | 4.17 | 4.0 | 93.6 | ฉันทมติสูง | 4.07 | 4.0 | 83.7 | สูง |
| | จ. เป็นประเด็นที่มีความเร่งด่วน หากไม่ดำเนินการในระยะนี้จะก่อให้เกิดความเสียหายหรือผลกระทบที่แก้ไขได้ยากขึ้นในอนาคต | 3.94 | 4.0 | 72.3 | ฉันทมติสูง | 4.30 | 4.0 | 89.4 | ฉันทมติสูง | 4.34 | 4.0 | 91.5 | ฉันทมติสูง | 4.19 | 4.0 | 84.4 | สูง |
| | **ค่าเฉลี่ยรวมรายประเด็น** | **4.18** | **--** | **80.0** | **สูง** | **4.38** | **--** | **90.2** | **สูง** | **4.46** | **--** | **94.0** | **สูง** | **4.34** | **--** | **88.1** | **สูง** |
| ประเด็นที่ 2 ระบบสุขภาพชุมชนเมือง (Urban Health) | ก. เป็นประเด็นที่เป็นความต้องการ เป็นประโยชน์หรือมีผลกระทบกับประชาชนและสังคมไทย สอดคล้องกับสถานการณ์โลก และนำไปสู่การแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างใน 5ปีข้างหน้า | 4.14 | 4.0 | 86.4 | ฉันทมติสูง | 4.17 | 4.0 | 89.4 | ฉันทมติสูง | 4.26 | 4.0 | 91.5 | ฉันทมติสูง | 4.19 | 4.0 | 89.1 | สูง |
| | ข. เป็นประเด็นที่สอดคล้องกับนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ | 3.98 | 4.0 | 76.6 | ฉันทมติสูง | 3.91 | 4.0 | 78.7 | ฉันทมติสูง | 4.02 | 4.0 | 85.1 | ฉันทมติสูง | 3.97 | 4.0 | 80.1 | สูง |

| ประเด็น | รายละเอียดคำถาม | รอบที่ 1 (n = 47) | | | | รอบที่ 2 (n = 47) | | | | รอบที่ 3 (n = 47) | | | | ผลการสำรวจเดลฟาย | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Mean | x̄ | %≥4 | ฉันทามติ | Mean | x̄ | %≥4 | ฉันทามติ | Mean | x̄ | %≥4 | ฉันทมติ | Mean | x̄ | %≥4 | ฉันทมติ |
| | ค. เป็นประเด็นที่เป็นช่องว่าง (Gap) ของสังคม ยังไม่มีเจ้าภาพ/กลไกขับเคลื่อนที่เป็นรูปธรรม และต้องบูรณาการการทำงานข้ามภาคส่วน | 3.81 | 4.0 | 63.8 | ฉันทมติปานกลาง | 4.11 | 4.0 | 85.1 | ฉันทมติสูง | 4.13 | 4.0 | 89.4 | ฉันทมติสูง | 4.01 | 4.0 | 79.4 | สูง |
| | ง. เป็นประเด็นที่มีความเป็นไปได้ในการดำเนินการให้เกิดผลจริงใน 5 ปีข้างหน้า ภายใต้ข้อจำกัดด้านกฎหมาย งบประมาณ กำลังคน และบริบทการเมือง | 4.13 | 4.0 | 83.0 | ฉันทมติสูง | 3.32 | 3.0 | 34.0 | ฉันทมติต่ำ | 3.45 | 3.0 | 44.7 | ฉันทมติต่ำ | 3.63 | 4.0 | 53.9 | ปานกลาง |
| | จ. เป็นประเด็นที่มีความเร่งด่วน หากไม่ดำเนินการในระยะนี้จะก่อให้เกิดความเสียหายหรือผลกระทบที่แก้ไขได้ยากขึ้นในอนาคต | 3.40 | 3.0 | 38.3 | ฉันทมติต่ำ | 3.96 | 4.0 | 83.0 | ฉันทมติสูง | 4.13 | 4.0 | 89.4 | ฉันทมติสูง | 3.83 | 4.0 | 70.2 | สูง |
| | **ค่าเฉลี่ยรวมรายประเด็น** | **3.89** | **--** | **69.6** | **ปานกลาง** | **3.89** | **--** | **74.0** | **สูง** | **4.00** | **--** | **80.0** | **สูง** | **3.93** | **--** | **74.6** | **สูง** |
| ประเด็นที่ 3 ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก | ก. เป็นประเด็นที่เป็นความต้องการ เป็นประโยชน์หรือมีผลกระทบกับประชาชนและสังคมไทย สอดคล้องกับสถานการณ์โลก และนำไปสู่การแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างใน 5ปีข้างหน้า | 3.43 | 3.0 | 44.7 | ฉันทมติต่ำ | 3.02 | 3.0 | 23.4 | ฉันทมติต่ำ | 3.13 | 3.0 | 23.4 | ฉันทมติต่ำ | 3.19 | 3.0 | 30.5 | ต่ำ |
| | ข. เป็นประเด็นที่สอดคล้องกับนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ | 3.07 | 3.0 | 25.0 | ฉันทมติต่ำ | 3.45 | 4.0 | 55.3 | ฉันทมติปานกลาง | 3.57 | 4.0 | 61.7 | ฉันทมติปานกลาง | 3.37 | 3.0 | 47.8 | ต่ำ |
| | ค. เป็นประเด็นที่เป็นช่องว่าง (Gap) ของสังคม ยังไม่มีเจ้าภาพ/กลไกขับเคลื่อนที่เป็นรูปธรรม และต้องบูรณาการการทำงานข้ามภาคส่วน | 3.00 | 3.0 | 23.4 | ฉันทมติต่ำ | 3.30 | 3.0 | 29.8 | ฉันทมติต่ำ | 3.28 | 3.0 | 36.2 | ฉันทมติต่ำ | 3.19 | 3.0 | 29.8 | ต่ำ |
| | ง. เป็นประเด็นที่มีความเป็นไปได้ในการดำเนินการให้เกิดผลจริงใน 5 ปีข้างหน้า ภายใต้ข้อจำกัดด้านกฎหมาย งบประมาณ กำลังคน และบริบทการเมือง | 2.77 | 3.0 | 14.9 | ฉันทมติต่ำ | 3.60 | 4.0 | 66.0 | ฉันทมติปานกลาง | 3.62 | 4.0 | 61.7 | ฉันทมติปานกลาง | 3.33 | 3.0 | 47.5 | ต่ำ |
| | จ. เป็นประเด็นที่มีความเร่งด่วน หากไม่ดำเนินการในระยะนี้จะก่อให้เกิดความเสียหายหรือผลกระทบที่แก้ไขได้ยากขึ้นในอนาคต | 3.43 | 4.0 | 53.2 | ฉันทมติปานกลาง | 3.00 | 3.0 | 17.0 | ฉันทมติต่ำ | 3.04 | 3.0 | 17.0 | ฉันทมติต่ำ | 3.16 | 3.0 | 29.1 | ต่ำ |

| ประเด็น | รายละเอียดคำถาม | รอบที่ 1 (n = 47) | | | | รอบที่ 2 (n = 47) | | | | รอบที่ 3 (n = 47) | | | | ผลการสำรวจเดลฟาย | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Mean | x̄ | %≥4 | ฉันทามติ | Mean | x̄ | %≥4 | ฉันทามติ | Mean | x̄ | %≥4 | ฉันทมติ | Mean | x̄ | %≥4 | ฉันทมติ |
| | **ค่าเฉลี่ยรวมรายประเด็น** | **3.14** | -- | **32.2** | **ต่ำ** | **3.27** | -- | **38.3** | **ต่ำ** | **3.33** | -- | **40.0** | **ต่ำ** | **3.25** | -- | **36.9** | **ต่ำ** |
| ประเด็นที่ 4 ระบบบริการสุขภาพ (บริการสาธารณสุข กำลังคน การเงินการคลัง และสุขภาพจิต) | ก. เป็นประเด็นที่เป็นความต้องการ เป็นประโยชน์หรือมีผลกระทบกับประชาชนและสังคมไทย สอดคล้องกับสถานการณ์โลก และนำไปสู่การแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างใน 5ปีข้างหน้า | 4.40 | 5.0 | 89.4 | ฉันทมติสูง | 4.70 | 5.0 | 97.9 | ฉันทมติสูง | 4.77 | 5.0 | 97.9 | ฉันทมติสูง | 4.62 | 5.0 | 95.0 | สูง |
| | ข. เป็นประเด็นที่สอดคล้องกับนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ | 4.23 | 4.0 | 83.0 | ฉันทมติสูง | 4.60 | 5.0 | 93.6 | ฉันทมติสูง | 4.64 | 5.0 | 93.6 | ฉันทมติสูง | 4.49 | 5.0 | 90.1 | สูง |
| | ค. เป็นประเด็นที่เป็นช่องว่าง (Gap) ของสังคม ยังไม่มีเจ้าภาพ/กลไกขับเคลื่อนที่เป็นรูปธรรม และต้องบูรณาการการทำงานข้ามภาคส่วน | 4.43 | 5.0 | 88.6 | ฉันทมติสูง | 4.17 | 4.0 | 89.4 | ฉันทมติสูง | 4.34 | 4.0 | 97.9 | ฉันทมติสูง | 4.31 | 4.0 | 92.0 | สูง |
| | ง. เป็นประเด็นที่มีความเป็นไปได้ในการดำเนินการให้เกิดผลจริงใน 5ปีข้างหน้า ภายใต้ข้อจำกัดด้านกฎหมาย งบประมาณ กำลังคน และบริบทการเมือง | 4.19 | 4.0 | 85.1 | ฉันทมติสูง | 4.02 | 4.0 | 85.1 | ฉันทมติสูง | 4.13 | 4.0 | 89.4 | ฉันทมติสูง | 4.11 | 4.0 | 86.5 | สูง |
| | จ. เป็นประเด็นที่มีความเร่งด่วน หากไม่ดำเนินการในระยะนี้จะก่อให้เกิดความเสียหายหรือผลกระทบที่แก้ไขได้ยากขึ้นในอนาคต | 3.49 | 4.0 | 51.1 | ฉันทมติปานกลาง | 4.49 | 5.0 | 93.6 | ฉันทมติสูง | 4.55 | 5.0 | 93.6 | ฉันทมติสูง | 4.18 | 4.0 | 79.4 | สูง |
| | **ค่าเฉลี่ยรวมรายประเด็น** | **4.15** | -- | **79.4** | **สูง** | **4.40** | -- | **91.9** | **สูง** | **4.49** | -- | **94.5** | **สูง** | **4.34** | -- | **88.6** | **สูง** |
| ประเด็นที่ 5 ระบบสุขภาพดิจิทัลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ | ก. เป็นประเด็นที่เป็นความต้องการ เป็นประโยชน์หรือมีผลกระทบกับประชาชนและสังคมไทย สอดคล้องกับสถานการณ์โลก และนำไปสู่การแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างใน 5 ปีข้างหน้า | 3.98 | 4.0 | 83.0 | ฉันทมติสูง | 3.96 | 4.0 | 80.9 | ฉันทมติสูง | 4.17 | 4.0 | 93.6 | ฉันทมติสูง | 4.04 | 4.0 | 85.8 | สูง |
| | ข. เป็นประเด็นที่สอดคล้องกับนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ | 3.74 | 4.0 | 68.1 | ฉันทมติปานกลาง | 4.00 | 4.0 | 87.2 | ฉันทมติสูง | 4.09 | 4.0 | 89.4 | ฉันทมติสูง | 3.94 | 4.0 | 81.6 | สูง |

| ประเด็น | รายละเอียดคำถาม | รอบที่ 1 (n = 47) | | | | รอบที่ 2 (n = 47) | | | | รอบที่ 3 (n = 47) | | | | ผลการสำรวจเดลฟาย | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Mean | x̄ | %≥4 | ฉันทามติ | Mean | x̄ | %≥4 | ฉันทามติ | Mean | x̄ | %≥4 | ฉันทมติ | Mean | x̄ | %≥4 | ฉันทมติ |
| | ค. เป็นประเด็นที่เป็นช่องว่าง (Gap) ของสังคม ยังไม่มีเจ้าภาพ/กลไกขับเคลื่อนที่เป็นรูปธรรม และต้องบูรณาการการทำงานข้ามภาคส่วน | 4.06 | 4.0 | 80.9 | ฉันทมติสูง | 3.96 | 4.0 | 80.9 | ฉันทมติสูง | 4.09 | 4.0 | 89.4 | ฉันทมติสูง | 4.04 | 4.0 | 83.7 | สูง |
| | ง. เป็นประเด็นที่มีความเป็นไปได้ในการดำเนินการให้เกิดผลจริงใน 5 ปีข้างหน้า ภายใต้ข้อจำกัดด้านกฎหมาย งบประมาณ กำลังคน และบริบทการเมือง | 3.73 | 4.0 | 65.9 | ฉันทมติปานกลาง | 3.79 | 4.0 | 76.6 | ฉันทมติสูง | 3.85 | 4.0 | 78.7 | ฉันทมติสูง | 3.79 | 4.0 | 73.9 | สูง |
| | จ. เป็นประเด็นที่มีความเร่งด่วน หากไม่ดำเนินการในระยะนี้จะก่อให้เกิดความเสียหายหรือผลกระทบที่แก้ไขได้ยากขึ้นในอนาคต | 3.70 | 4.0 | 61.7 | ฉันทมติปานกลาง | 4.06 | 4.0 | 87.2 | ฉันทมติสูง | 4.13 | 4.0 | 85.1 | ฉันทมติสูง | 3.96 | 4.0 | 78.0 | สูง |
| | **ค่าเฉลี่ยรวมรายประเด็น** | **3.84** | **--** | **71.9** | **สูง** | **3.95** | **--** | **82.6** | **สูง** | **4.06** | **--** | **87.2** | **สูง** | **3.95** | **--** | **80.6** | **สูง** |
| ประเด็นที่ 6 ระบบสุขภาพชายแดน ประชากรข้ามชาติ และบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ | ก. เป็นประเด็นที่เป็นความต้องการ เป็นประโยชน์หรือมีผลกระทบกับประชาชนและสังคมไทย สอดคล้องกับสถานการณ์โลก และนำไปสู่การแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างใน 5 ปีข้างหน้า | 3.74 | 4.0 | 63.8 | ฉันทมติปานกลาง | 3.66 | 4.0 | 70.2 | ฉันทมติสูง | 3.83 | 4.0 | 74.5 | ฉันทมติสูง | 3.74 | 4.0 | 69.5 | ปานกลาง |
| | ข. เป็นประเด็นที่สอดคล้องกับนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ | 3.87 | 4.0 | 66.0 | ฉันทมติปานกลาง | 3.06 | 3.0 | 23.4 | ฉันทมติต่ำ | 3.38 | 3.0 | 34.0 | ฉันทมติต่ำ | 3.44 | 3.0 | 41.1 | ต่ำ |
| | ค. เป็นประเด็นที่เป็นช่องว่าง (Gap) ของสังคม ยังไม่มีเจ้าภาพ/กลไกขับเคลื่อนที่เป็นรูปธรรม และต้องบูรณาการการทำงานข้ามภาคส่วน | 3.23 | 3.0 | 36.2 | ฉันทมติต่ำ | 3.81 | 4.0 | 70.2 | ฉันทมติสูง | 3.91 | 4.0 | 74.5 | ฉันทมติสูง | 3.65 | 4.0 | 60.3 | ปานกลาง |
| | ง. เป็นประเด็นที่มีความเป็นไปได้ในการดำเนินการให้เกิดผลจริงใน 5 ปีข้างหน้า ภายใต้ข้อจำกัดด้านกฎหมาย งบประมาณ กำลังคน และบริบทการเมือง | 3.81 | 4.0 | 63.8 | ฉันทมติปานกลาง | 3.00 | 3.0 | 12.8 | ฉันทมติต่ำ | 3.26 | 3.0 | 23.4 | ฉันทมติต่ำ | 3.35 | 3.0 | 33.3 | ต่ำ |

| ประเด็น | รายละเอียดคำถาม | รอบที่ 1 (n = 47) | | | | รอบที่ 2 (n = 47) | | | | รอบที่ 3 (n = 47) | | | | ผลการสำรวจเดลฟาย | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Mean | x̄ | %≥4 | ฉันทามติ | Mean | x̄ | %≥4 | ฉันทามติ | Mean | x̄ | %≥4 | ฉันทมติ | Mean | x̄ | %≥4 | ฉันทมติ |
| | จ. เป็นประเด็นที่มีความเร่งด่วน หากไม่ดำเนินการในระยะนี้จะก่อให้เกิดความเสียหายหรือผลกระทบที่แก้ไขได้ยากขึ้นในอนาคต | 3.16 | 3.0 | 29.5 | ฉันทมติต่ำ | 3.72 | 4.0 | 68.1 | ฉันทมติปานกลาง | 3.77 | 4.0 | 74.5 | ฉันทมติสูง | 3.56 | 4.0 | 58.0 | ปานกลาง |
| | **ค่าเฉลี่ยรวมรายประเด็น** | **3.56** | **--** | **51.9** | **ปานกลาง** | **3.45** | **--** | **48.9** | **ต่ำ** | **3.63** | **--** | **56.2** | **ปานกลาง** | **3.55** | **--** | **52.4** | **ปานกลาง** |
| ประเด็นที่ 7 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร: ระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงวัย | ก. เป็นประเด็นที่เป็นความต้องการ เป็นประโยชน์หรือมีผลกระทบกับประชาชนและสังคมไทย สอดคล้องกับสถานการณ์โลก และนำไปสู่การแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างใน 5ปีข้างหน้า | 4.40 | 5.0 | 85.1 | ฉันทมติสูง | 4.70 | 5.0 | 97.9 | ฉันทมติสูง | 4.81 | 5.0 | 97.9 | ฉันทมติสูง | 4.64 | 5.0 | 93.6 | สูง |
| | ข. เป็นประเด็นที่สอดคล้องกับนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ | 4.02 | 4.0 | 68.1 | ฉันทมติปานกลาง | 4.66 | 5.0 | 93.6 | ฉันทมติสูง | 4.70 | 5.0 | 93.6 | ฉันทมติสูง | 4.46 | 5.0 | 85.1 | สูง |
| | ค. เป็นประเด็นที่เป็นช่องว่าง (Gap) ของสังคม ยังไม่มีเจ้าภาพ/กลไกขับเคลื่อนที่เป็นรูปธรรม และต้องบูรณาการการทำงานข้ามภาคส่วน | 4.23 | 5.0 | 76.6 | ฉันทมติสูง | 4.19 | 4.0 | 91.5 | ฉันทมติสูง | 4.28 | 4.0 | 93.6 | ฉันทมติสูง | 4.23 | 4.0 | 87.2 | สูง |
| | ง. เป็นประเด็นที่มีความเป็นไปได้ในการดำเนินการให้เกิดผลจริงใน 5 ปีข้างหน้า ภายใต้ข้อจำกัดด้านกฎหมาย งบประมาณ กำลังคน และบริบทการเมือง | 3.94 | 4.0 | 66.0 | ฉันทมติปานกลาง | 3.98 | 4.0 | 83.0 | ฉันทมติสูง | 4.02 | 4.0 | 83.0 | ฉันทมติสูง | 3.98 | 4.0 | 77.3 | สูง |
| | จ. เป็นประเด็นที่มีความเร่งด่วน หากไม่ดำเนินการในระยะนี้จะก่อให้เกิดความเสียหายหรือผลกระทบที่แก้ไขได้ยากขึ้นในอนาคต | 3.91 | 4.0 | 70.2 | ฉันทมติสูง | 4.68 | 5.0 | 93.6 | ฉันทมติสูง | 4.81 | 5.0 | 97.9 | ฉันทมติสูง | 4.47 | 5.0 | 87.2 | สูง |
| | **ค่าเฉลี่ยรวมรายประเด็น** | **4.10** | **--** | **73.2** | **สูง** | **4.44** | **--** | **91.9** | **สูง** | **4.52** | **--** | **93.2** | **สูง** | **4.36** | **--** | **86.1** | **สูง** |

หมายเหตุ: ระดับความคิดเห็น 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด และ 5หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด; P25 หมายถึง เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25; x̄ หมายถึง ค่ามัธยฐาน; P75 หมายถึง เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75; %≥4 หมายถึง ร้อยละของผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คะแนน 4 หรือ 5; ระดับฉันทมติ: สูง = Mean ≥ 3.50 และ %≥4 ≥ 70, ปานกลาง = Mean ≥ 3.00 และ %≥4 ≥ 50, ต่ำ = ต่ำกว่าเกณฑ์ดังกล่าว; ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ IQR (P75 – P25) ≤ 1.00 ใช้เป็นดัชนีความสอดคล้องของความคิดเห็นเสริม

**ตารางที่ 3** ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IQR) รายประเด็น

| ประเด็น | หมวด | รอบที่ 1 | | | รอบที่ 2 | | | รอบที่ 3 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | P25 | P75 | IQR | P25 | P75 | IQR | P25 | P75 | IQR |
| ประเด็นที่ 1 ระบบสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน | ก. ความต้องการและผลกระทบ | 4.00 | 5.00 | 1.00 | 4.00 | 5.00 | 1.00 | 5.00 | 5.00 | 0.00 |
| | ข. ความสอดคล้องกับนโยบาย | 4.00 | 5.00 | 1.00 | 4.00 | 5.00 | 1.00 | 4.50 | 5.00 | 0.50 |
| | ค. ช่องว่างและความจำเป็นในการบูรณาการ | 4.00 | 5.00 | 1.00 | 4.00 | 5.00 | 1.00 | 4.00 | 5.00 | 1.00 |
| | ง. ความเป็นไปได้ในการดำเนินการ | 3.00 | 5.00 | 2.00 | 4.00 | 4.00 | 0.00 | 4.00 | 4.00 | 0.00 |
| | จ. ความเร่งด่วน | 3.00 | 5.00 | 2.00 | 4.00 | 5.00 | 1.00 | 4.00 | 5.00 | 1.00 |
| ประเด็นที่ 2 ระบบสุขภาพชุมชนเมือง (Urban Health) | ก. ความต้องการและผลกระทบ | 4.00 | 5.00 | 1.00 | 4.00 | 5.00 | 1.00 | 4.00 | 5.00 | 1.00 |
| | ข. ความสอดคล้องกับนโยบาย | 4.00 | 5.00 | 1.00 | 4.00 | 4.00 | 0.00 | 4.00 | 4.00 | 0.00 |
| | ค. ช่องว่างและความจำเป็นในการบูรณาการ | 3.00 | 4.00 | 1.00 | 4.00 | 5.00 | 1.00 | 4.00 | 4.50 | 0.50 |
| | ง. ความเป็นไปได้ในการดำเนินการ | 4.00 | 5.00 | 1.00 | 3.00 | 4.00 | 1.00 | 3.00 | 4.00 | 1.00 |
| | จ. ความเร่งด่วน | 3.00 | 4.00 | 1.00 | 4.00 | 4.00 | 0.00 | 4.00 | 4.00 | 0.00 |
| ประเด็นที่ 3 ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก | ก. ความต้องการและผลกระทบ | 3.00 | 4.00 | 1.00 | 3.00 | 3.00 | 0.00 | 3.00 | 3.00 | 0.00 |
| | ข. ความสอดคล้องกับนโยบาย | 3.00 | 3.25 | 0.25 | 3.00 | 4.00 | 1.00 | 3.00 | 4.00 | 1.00 |
| | ค. ช่องว่างและความจำเป็นในการบูรณาการ | 3.00 | 3.00 | 0.00 | 3.00 | 4.00 | 1.00 | 3.00 | 4.00 | 1.00 |
| | ง. ความเป็นไปได้ในการดำเนินการ | 2.00 | 3.00 | 1.00 | 3.00 | 4.00 | 1.00 | 3.00 | 4.00 | 1.00 |
| | จ. ความเร่งด่วน | 3.00 | 4.00 | 1.00 | 3.00 | 3.00 | 0.00 | 3.00 | 3.00 | 0.00 |
| ประเด็นที่ 4 ระบบบริการสุขภาพ | ก. ความต้องการและผลกระทบ | 4.00 | 5.00 | 1.00 | 4.00 | 5.00 | 1.00 | 5.00 | 5.00 | 0.00 |
| | ข. ความสอดคล้องกับนโยบาย | 4.00 | 5.00 | 1.00 | 4.00 | 5.00 | 1.00 | 4.00 | 5.00 | 1.00 |
| | ค. ช่องว่างและความจำเป็นในการบูรณาการ | 4.00 | 5.00 | 1.00 | 4.00 | 5.00 | 1.00 | 4.00 | 5.00 | 1.00 |
| | ง. ความเป็นไปได้ในการดำเนินการ | 4.00 | 5.00 | 1.00 | 4.00 | 4.00 | 0.00 | 4.00 | 4.00 | 0.00 |
| | จ. ความเร่งด่วน | 3.00 | 4.00 | 1.00 | 4.00 | 5.00 | 1.00 | 4.00 | 5.00 | 1.00 |
| ประเด็นที่ 5 ระบบสุขภาพดิจิทัลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ | ก. ความต้องการและผลกระทบ | 4.00 | 4.00 | 0.00 | 4.00 | 4.00 | 0.00 | 4.00 | 5.00 | 1.00 |
| | ข. ความสอดคล้องกับนโยบาย | 3.00 | 4.00 | 1.00 | 4.00 | 4.00 | 0.00 | 4.00 | 4.00 | 0.00 |
| | ค. ช่องว่างและความจำเป็นในการบูรณาการ | 4.00 | 5.00 | 1.00 | 4.00 | 4.00 | 0.00 | 4.00 | 4.00 | 0.00 |
| | ง. ความเป็นไปได้ในการดำเนินการ | 3.00 | 4.25 | 1.25 | 4.00 | 4.00 | 0.00 | 4.00 | 4.00 | 0.00 |
| | จ. ความเร่งด่วน | 3.00 | 4.00 | 1.00 | 4.00 | 4.00 | 0.00 | 4.00 | 5.00 | 1.00 |
| ประเด็นที่ 6 ระบบสุขภาพชายแดน ประชากรข้ามชาติและบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ | ก. ความต้องการและผลกระทบ | 3.00 | 4.00 | 1.00 | 3.00 | 4.00 | 1.00 | 3.50 | 4.00 | 0.50 |
| | ข. ความสอดคล้องกับนโยบาย | 3.00 | 5.00 | 2.00 | 3.00 | 3.00 | 0.00 | 3.00 | 4.00 | 1.00 |
| | ค. ช่องว่างและความจำเป็นในการบูรณาการ | 3.00 | 4.00 | 1.00 | 3.00 | 4.00 | 1.00 | 3.50 | 4.00 | 0.50 |
| | ง. ความเป็นไปได้ในการดำเนินการ | 3.00 | 5.00 | 2.00 | 3.00 | 3.00 | 0.00 | 3.00 | 3.00 | 0.00 |
| | จ. ความเร่งด่วน | 3.00 | 4.00 | 1.00 | 3.00 | 4.00 | 1.00 | 3.50 | 4.00 | 0.50 |
| ประเด็นที่ 7 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร: ระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงวัย | ก. ความต้องการและผลกระทบ | 4.00 | 5.00 | 1.00 | 4.00 | 5.00 | 1.00 | 5.00 | 5.00 | 0.00 |
| | ข. ความสอดคล้องกับนโยบาย | 3.00 | 5.00 | 2.00 | 4.00 | 5.00 | 1.00 | 5.00 | 5.00 | 0.00 |
| | ค. ช่องว่างและความจำเป็นในการบูรณาการ | 4.00 | 5.00 | 1.00 | 4.00 | 5.00 | 1.00 | 4.00 | 5.00 | 1.00 |
| | ง. ความเป็นไปได้ในการดำเนินการ | 3.00 | 5.00 | 2.00 | 4.00 | 4.00 | 0.00 | 4.00 | 4.00 | 0.00 |
| | จ. ความเร่งด่วน | 3.00 | 4.00 | 1.00 | 4.50 | 5.00 | 0.50 | 5.00 | 5.00 | 0.00 |

# บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา ข้อเสนอแนะ/แนวทางต่อการนำประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศไปใช้ประโยชน์

## 5.1 สรุปผลทบทวนสถานการณ์และช่องว่างของประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ

ผลการทบทวนสถานการณ์และช่องว่างของประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศทั้ง 7 ประเด็น สะท้อนให้เห็นว่า แม้ระบบสุขภาพไทยมีพัฒนาการในหลายด้าน ทั้งด้านคุณภาพบริการ การขยายการเข้าถึงบริการ การนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ และการพัฒนากลไกการจัดบริการในระดับพื้นที่ แต่ยังคงมีข้อจำกัดเชิงโครงสร้างและเชิงระบบที่ส่งผลต่อความสามารถในการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของบริบทด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ และพื้นที่ โดยสามารถสรุปสาระสำคัญรายประเด็นได้ดังนี้

1) ระบบสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน การพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างการบริหารภายหลังการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ทำให้ระบบปฐมภูมิต้องเผชิญกับความท้าทายด้านการกำหนดบทบาท อำนาจหน้าที่ และกลไกอภิบาลร่วมระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประกอบกับแนวโน้มการลดลงของกำลังคนในระบบปฐมภูมิซึ่งสวนทางกับภาระงานและความต้องการบริการที่เพิ่มขึ้น ช่องว่างสำคัญจึงอยู่ที่การสร้างความชัดเจนของระบบอภิบาล การประสานงานระหว่างหน่วยงาน และการวางแผนกำลังคนให้สอดคล้องกับภารกิจและบริบทของพื้นที่

2) ระบบสุขภาพชุมชนเมือง การขยายตัวของความเป็นเมืองทำให้รูปแบบความต้องการด้านสุขภาพและการใช้บริการมีความซับซ้อนมากขึ้น โดยพื้นที่ที่มีระดับความเป็นเมืองสูงพบตัวชี้วัดสุขภาพหลายด้านด้อยกว่าพื้นที่กำลังพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะเดียวกัน ระบบข้อมูลและการจัดสรรทรัพยากรยังไม่สามารถสะท้อนประชากรที่อาศัยและใช้ชีวิตจริงในพื้นที่ได้อย่างครบถ้วน โดยเฉพาะประชากรแฝงและประชากรเคลื่อนย้าย ช่องว่างสำคัญจึงอยู่ที่การพัฒนาฐานข้อมูลที่สะท้อนบริบทเมืองและการลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพภายในพื้นที่เมือง

3) ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก แม้การสนับสนุนงบประมาณด้านบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่อัตราการเข้าถึงบริการยังคงทรงตัว ขณะที่งบประมาณด้านการวิจัยและพัฒนามีแนวโน้มลดลง สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนช่องว่างระหว่างการสนับสนุนทรัพยากรกับผลลัพธ์ด้านการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์จากบริการ รวมทั้งข้อจำกัดด้านฐานองค์ความรู้และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จำเป็นต่อการพัฒนาคุณภาพและการขยายบทบาทของภูมิปัญญาท้องถิ่น การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกในระบบสุขภาพ

4) ระบบบริการสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพไทยมีพัฒนาการด้านคุณภาพบริการและได้รับความไว้วางใจจากประชาชนในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ยังคงมีข้อจำกัดสำคัญด้านจำนวนและการกระจายกำลังคน การแยกส่วนของฐานข้อมูลบุคลากรระหว่างหน่วยงาน ตลอดจนความแตกต่างระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพทั้งสามระบบ ช่องว่างดังกล่าวส่งผลต่อความสามารถในการวางแผนกำลังคน การจัดสรรทรัพยากร และการสร้างความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ จึงเป็นประเด็นเชิงโครงสร้างที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบ

5) ระบบสุขภาพดิจิทัลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ เทคโนโลยีดิจิทัลมีบทบาทเพิ่มขึ้นทั้งในการจัดบริการสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ และการสนับสนุนการรับมือภาวะวิกฤต อย่างไรก็ตาม การพัฒนายังคงเผชิญข้อจำกัดด้านความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐาน การเชื่อมโยงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลระหว่างระบบ คุณภาพขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ และการเชื่อมโยงระบบเฝ้าระวังและแจ้งเตือนภัย ช่องว่างสำคัญจึงมิได้อยู่เพียงการเข้าถึงเทคโนโลยี แต่รวมถึงความสามารถของระบบและประชาชนในการใช้ข้อมูลและเทคโนโลยีอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม

6) ระบบสุขภาพชายแดน ประชากรข้ามชาติและบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ พื้นที่ชายแดนต้องรองรับประชากรที่มีความหลากหลายทั้งด้านสถานะ สิทธิ และการเคลื่อนย้าย ส่งผลให้สถานพยาบาลบางแห่งต้องรับภาระค่าใช้จ่ายจากการให้บริการแก่ประชากรที่ตกหล่นจากระบบประกันสุขภาพ ขณะที่ยังไม่มีกลไกส่วนกลางชดเชยที่สามารถรองรับภาระดังกล่าวได้อย่างเพียงพอ นอกจากนี้ ยังพบข้อจำกัดด้านกลไกสถาบันและกฎหมายในการจัดการปัญหาสุขภาพที่สัมพันธ์กับการเคลื่อนย้ายประชากรและความผันผวนทางภูมิรัฐศาสตร์ ช่องว่างสำคัญจึงครอบคลุมทั้งด้านการเงินการคลัง การคุ้มครองสิทธิ และกลไกอภิบาลข้ามหน่วยงานและข้ามพรมแดน

7) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร: ระบบสุขภาพเพื่อรองรับประชากรทุกช่วงวัย การเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ของประเทศไทยส่งผลให้รูปแบบความต้องการด้านสุขภาพและบริการเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะความต้องการบริการดูแลระยะยาว การดูแลภาวะพึ่งพิง และการดูแลแบบประคับประคองที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ขณะที่ระบบยังมีข้อจำกัดด้านกำลังคนเฉพาะทาง การจัดบริการที่ต่อเนื่อง และความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการ ช่องว่างสำคัญจึงอยู่ที่การปรับระบบสุขภาพให้รองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในมุมมองตลอดช่วงชีวิต ควบคู่กับการพัฒนาระบบบริการ กำลังคน และกลไกสนับสนุนทางสังคมให้สอดคล้องกับความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไป

เมื่อพิจารณาภาพรวมทั้ง 7 ประเด็น พบว่า แม้แต่ละประเด็นจะมีบริบทและลักษณะของช่องว่างที่แตกต่างกัน แต่ยังปรากฏช่องว่างร่วมที่พบในหลายประเด็น ได้แก่ ข้อจำกัดด้านกำลังคนสุขภาพ การเงินการคลัง ระบบข้อมูลและการเชื่อมโยงข้อมูล ความเป็นธรรมทางสุขภาพ ตลอดจนกลไกการอภิบาลและการประสานงานระหว่างหน่วยงานและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ความท้าทายของระบบสุขภาพมิได้เกิดขึ้นเฉพาะในระดับของประเด็นสุขภาพแต่ละด้านเท่านั้น หากยังเชื่อมโยงกับองค์ประกอบพื้นฐานและกลไกสนับสนุนของระบบสุขภาพโดยรวม ดังนั้น การพัฒนาระบบสุขภาพในระยะต่อไปจึงควรดำเนินการควบคู่กันในสองระดับ ได้แก่ การแก้ไขช่องว่างและข้อจำกัดที่จำเพาะต่อแต่ละประเด็น และการเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์ประกอบพื้นฐานร่วมของระบบ เพื่อสนับสนุนให้การดำเนินงานในแต่ละประเด็นสามารถเชื่อมโยงและขับเคลื่อนไปในทิศทางเดียวกันอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

### 5.2 สรุปผลการประเมินจากกระบวนการเดลฟาย

ผลการประเมินจากกระบวนการเดลฟายทั้ง 3 รอบของประเด็นสำคัญทั้ง 7 ประเด็น เมื่อพิจารณาจากค่าเฉลี่ยรวม ร้อยละของผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คะแนนตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป และระดับฉันทมติ พบว่า ประเด็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร: ระบบสุขภาพเพื่อรองรับประชากรทุกช่วงวัย มีค่าเฉลี่ยรวมสูงที่สุดเท่ากับ 4.36 โดยมีผู้ให้คะแนนตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไปร้อยละ 86.1 และอยู่ในระดับฉันทมติสูง รองลงมาคือระบบบริการสุขภาพ ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 4.34 และร้อยละ 88.6 และระบบสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 4.34 และร้อยละ 88.1 โดยทั้งสองประเด็นอยู่ในระดับฉันทมติสูงเช่นเดียวกัน เมื่อพิจารณาคะแนนของ 3 ประเด็นดังกล่าว พบว่ามี

ค่าเฉลี่ยรวมอยู่ในช่วง 4.34–4.36 ซึ่งแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย แสดงให้ว่าผู้ทรงคุณวุฒิให้ความสำคัญต่อการรองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และการเสริมความเข้มแข็งของระบบสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชนในระดับใกล้เคียงกัน มากกว่าการพิจารณาในลักษณะการจัดลำดับเชิงแข่งขันระหว่างประเด็น ทั้งสามประเด็นจึงมีนัยต่อการกำหนดทิศทางเชิงยุทธศาสตร์ในลักษณะที่ควรพิจารณาเชื่อมโยงและขับเคลื่อนควบคู่กัน

สำหรับระบบสุขภาพดิจิทัลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยรวม 3.95 และมีผู้ให้คะแนนตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไปร้อยละ 80.6 ขณะที่ระบบสุขภาพชุมชนเมืองมีค่าเฉลี่ย 3.93 และร้อยละ 74.6 โดยทั้งสองประเด็นอยู่ในระดับฉันทมติสูง สะท้อนว่าผู้ทรงคุณวุฒิให้ความสำคัญกับการปรับระบบสุขภาพให้สามารถรองรับการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยี ข้อมูล และบริบทของความเป็นเมืองที่มีความซับซ้อนเพิ่มขึ้น ส่วนระบบสุขภาพชายแดน ประชากรข้ามชาติและบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ มีค่าเฉลี่ย 3.55 และร้อยละ 52.4 อยู่ในระดับฉันทมติปานกลาง ขณะที่ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก มีค่าเฉลี่ย 3.25 และร้อยละ 36.9 อยู่ในระดับฉันทมติต่ำตามเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งนี้ ระดับฉันทมติที่แตกต่างกันสะท้อนระดับความเห็นร่วมของผู้ทรงคุณวุฒิภายใต้บริบทและช่วงเวลาที่ศึกษา และไม่ควรตีความว่าประเด็นที่ได้รับคะแนนต่ำกว่าจะไม่มีความสำคัญหรือไม่ควรได้รับการพัฒนาต่อไป

เมื่อสังเคราะห์ผลการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ การวิเคราะห์ช่องว่าง และผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกัน พบข้อค้นพบเชิงระบบที่ปรากฏร่วมกันในหลายประเด็น 5 ด้าน ได้แก่ กำลังคนด้านสุขภาพ ความยั่งยืนทางการเงินการคลังสุขภาพ ระบบข้อมูลและการบูรณาการข้อมูล ความเป็นธรรมทางสุขภาพและการดูแลกลุ่มเปราะบาง และกลไกอภิบาลร่วมและการประสานงานข้ามภาคส่วน ทั้งนี้ ข้อค้นพบดังกล่าวเป็นผลจากการสังเคราะห์ข้ามประเด็นของคณะผู้จัดทำ มิใช่ผลจากกระบวนการเดลฟายโดยตรง

ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ พบข้อจำกัดทั้งในด้านจำนวน การกระจาย และสมรรถนะของบุคลากร รวมถึงการแยกส่วนของฐานข้อมูลกำลังคนระหว่างหน่วยงาน ปัญหาเหล่านี้ปรากฏทั้งในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ระบบบริการสุขภาพ และการเตรียมระบบเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ซึ่งเป็นสามประเด็นที่ได้รับการประเมินในระดับสูงจากกระบวนการเดลฟาย จึงสะท้อนว่ากำลังคนด้านสุขภาพเป็นข้อจำกัดเชิงโครงสร้างที่มีผลต่อศักยภาพของระบบสุขภาพในหลายมิติ และจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาในระดับระบบ

ด้านการเงินการคลัง พบช่องว่างตั้งแต่ข้อจำกัดของงบประมาณเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การลดลงของงบประมาณสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น ตลอดจนภาระค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการที่ให้บริการแก่ประชากรซึ่งตกหล่นจากระบบประกันสุขภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ชายแดน ข้อค้นพบเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่าความยั่งยืนทางการเงินการคลังมิใช่ประเด็นเฉพาะของระบบบริการเท่านั้น แต่เป็นเงื่อนไขพื้นฐานที่มีผลต่อความสามารถในการขับเคลื่อนนโยบายในหลายประเด็นพร้อมกัน

ด้านระบบข้อมูล พบว่าข้อมูลสุขภาพในหลายส่วนยังมีลักษณะแยกส่วน ขาดมาตรฐานร่วม และไม่สามารถสะท้อนบริบทประชากรหรือพื้นที่ได้อย่างครบถ้วน เช่น ข้อมูลสุขภาพเมืองที่ยังอิงเขตการปกครองมากกว่าพื้นที่เชิงหน้าที่ ข้อมูลกำลังคนที่ไม่สะท้อนสถานะการทำงานจริง และระบบข้อมูลด้านการเฝ้าระวังและแจ้งเตือนภัยที่ยังเชื่อมโยงกันไม่สมบูรณ์ ข้อจำกัดดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อความสามารถในการวิเคราะห์สถานการณ์ วางแผน จัดสรร

ทรัพยากร และติดตามผล จึงทำให้การบูรณาการข้อมูลข้ามหน่วยงานเป็นเงื่อนไขสำคัญของการพัฒนานโยบายที่แม่นยำและทันต่อสถานการณ์

ด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพ พบความเหลื่อมล้ำในหลายบริบท ทั้งความแตกต่างด้านการเข้าถึงบริการระหว่างพื้นที่และกลุ่มประชากร ความแตกต่างของสิทธิประโยชน์ระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพ การตกหล่นของแรงงานข้ามชาติและบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ตลอดจนความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการดูแลระยะยาวและการดูแลระยะท้าย ข้อค้นพบเหล่านี้สะท้อนว่ากลุ่มประชากรที่มีข้อจำกัดด้านสถานะ เศรษฐฐานะ พื้นที่อยู่อาศัย หรือการเคลื่อนย้าย ยังคงมีความเสี่ยงต่อการตกหล่นจากระบบสุขภาพ และควรได้รับการพิจารณาเป็นส่วนหนึ่งของการออกแบบนโยบายในทุกระดับ

ด้านกลไกอภิบาลร่วมและการประสานงานข้ามภาคส่วน พบความไม่ชัดเจนของบทบาท อำนาจหน้าที่ และการประสานงานระหว่างหน่วยงานในหลายประเด็น ตั้งแต่การกำกับดูแลระบบปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. การบริหารกำลังคนด้านสุขภาพระดับชาติ ตลอดจนการจัดการปัญหาสุขภาพชายแดนและผลกระทบจากความผันผวนทางภูมิรัฐศาสตร์ ปัญหาดังกล่าวสะท้อนว่าความท้าทายมิได้อยู่เพียงการขาดกลไก แต่รวมถึงข้อจำกัดด้านอำนาจหน้าที่และความสามารถในการทำงานร่วมกันของกลไกที่มีอยู่ การพัฒนาระบบอภิบาลจึงควรมุ่งเพิ่มความชัดเจนของบทบาท ความรับผิดชอบ และการเชื่อมโยงการดำเนินงานระหว่างหน่วยงาน ก่อนพิจารณาจัดตั้งกลไกใหม่เพิ่มเติม

### 5.3 ผลการวิเคราะห์ประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพของประเทศในระยะถัดไป

จากการพิจารณาผลการทบทวนสถานการณ์และช่องว่างร่วมกับผลจากกระบวนการเดลฟาย พบว่า การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศในระยะต่อไปควรดำเนินการทั้งในระดับประเด็นเฉพาะและระดับองค์ประกอบพื้นฐานร่วมของระบบควบคู่กัน เนื่องจากข้อจำกัดด้านกำลังคน การเงินการคลัง ระบบข้อมูล ความเป็นธรรมทางสุขภาพ และกลไกอภิบาลเป็นเงื่อนไขที่เชื่อมโยงกับหลายประเด็นพร้อมกัน การพัฒนาเฉพาะประเด็นโดยไม่แก้ไขข้อจำกัดพื้นฐานเหล่านี้ อาจทำให้การดำเนินนโยบายไม่สามารถบรรลุผลได้อย่างเต็มที่

ผลเดลฟาย พบว่า การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ระบบบริการสุขภาพ และระบบสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชนได้รับการประเมินในระดับสูงและมีคะแนนใกล้เคียงกัน แสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างการเปลี่ยนแปลงความต้องการด้านสุขภาพของประชากรกับขีดความสามารถของระบบในการจัดบริการ การเตรียมระบบเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรจึงควรดำเนินการควบคู่กับการพัฒนาระบบบริการ การเสริมความเข้มแข็งของระบบปฐมภูมิ การวางแผนกำลังคน และการจัดสรรทรัพยากรให้สอดคล้องกับความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไป ขณะเดียวกัน ระบบสุขภาพดิจิทัลและระบบสุขภาพชุมชนเมืองซึ่งได้รับฉันทมติในระดับสูง สะท้อนความจำเป็นที่ระบบสุขภาพต้องปรับตัวต่อบริบทใหม่ทั้งในด้านเทคโนโลยี ข้อมูล และรูปแบบการดำรงชีวิตของประชากร ส่วนระบบสุขภาพชายแดน ประชากรข้ามชาติและบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ แม้มีฉันทมติในระดับปานกลาง แต่ยังมีช่องว่างด้านการเงินการคลัง การคุ้มครองสิทธิ และกลไกอภิบาลที่มีหลักฐานรองรับ จึงควรได้รับการพิจารณาตามระดับความเสี่ยงและบริบทของพื้นที่ มิใช่อาศัยระดับคะแนนเดลฟายเพียงอย่างเดียว

สำหรับภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ซึ่งได้รับระดับฉันทมติต่ำกว่าประเด็นอื่น ผลดังกล่าวควรนำมาใช้ประกอบการทบทวนความชัดเจนของขอบเขตเชิงยุทธศาสตร์ ความเชื่อมโยง

ระหว่างทรัพยากรกับผลลัพธ์ การสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ และการบูรณาการเข้าสู่ระบบสุขภาพ มากกว่าการตีความว่าเป็นประเด็นที่ไม่มีความสำคัญ

ในภาพรวม ผลการศึกษาสะท้อนว่า การกำหนดทิศทางเชิงยุทธศาสตร์ของระบบสุขภาพควรใช้ข้อมูลหลายองค์ประกอบประกอบกัน ทั้งหลักฐานสถานการณ์และช่องว่าง ระดับฉันทมติ ความเร่งด่วน ความเป็นไปได้ในการดำเนินการ และความเชื่อมโยงระหว่างประเด็น ดังนั้น ผลจากกระบวนการเดลฟายจึงควรใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบาย มากกว่าการใช้เป็นลำดับตายตัวในการกำหนดว่าประเด็นใดควรได้รับการขับเคลื่อนก่อนหรือหลัง ทั้งนี้ แนวทางดังกล่าวจะช่วยให้การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพสามารถตอบสนองได้ทั้งต่อปัญหาเฉพาะของแต่ละประเด็นและข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของระบบสุขภาพโดยรวม

## 5.4 ข้อเสนอแนะ/แนวทางต่อการนำประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศไปใช้ประโยชน์

จากการสังเคราะห์ผลการทบทวนสถานการณ์และช่องว่างของระบบสุขภาพทั้ง 7 ประเด็น ร่วมกับผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิผ่านกระบวนการเดลฟาย พบว่าความท้าทายของระบบสุขภาพไทยมิได้เกิดขึ้นอย่างแยกส่วนตามรายประเด็น หากมีข้อจำกัดเชิงโครงสร้างหลายด้านที่ปรากฏร่วมกัน ทั้งด้านกำลังคน การเงินการคลัง ระบบข้อมูล ความเป็นธรรมทางสุขภาพ และกลไกอภิบาล ดังนั้น การกำหนดข้อเสนอเชิงนโยบายจึงควรดำเนินการทั้งในระดับการเสริมความเข้มแข็งขององค์ประกอบพื้นฐานของระบบและการตอบสนองต่อช่องว่างเฉพาะของแต่ละประเด็น โดยมีข้อเสนอสำคัญดังต่อไปนี้

1. ควรพัฒนาระบบข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สภาวิชาชีพ สถาบันการศึกษา และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถสะท้อนจำนวน การกระจาย สถานะการปฏิบัติงาน และความต้องการกำลังคนในแต่ละพื้นที่ได้อย่างถูกต้องและเป็นปัจจุบัน เนื่องจากผลการศึกษาพบข้อจำกัดด้านกำลังคนในหลายประเด็น ทั้งการลดลงของกำลังคนในระบบปฐมภูมิ การแยกส่วนของฐานข้อมูลบุคลากร และการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง โดยเฉพาะด้านการดูแลระยะท้าย ขณะที่ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับกำลังคน ได้แก่ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ระบบบริการสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ล้วนได้รับฉันทมติในระดับสูงจากผู้ทรงคุณวุฒิ การวางแผนกำลังคนจึงควรพิจารณาทั้งภาระสุขภาพ โครงสร้างประชากร ลักษณะพื้นที่ และรูปแบบบริการที่เปลี่ยนแปลงไป ควบคู่กับการพัฒนามาตรการกระจายและธำรงรักษาบุคลากรให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

2. ควรทบทวนหลักเกณฑ์การจัดสรรทรัพยากรทางสุขภาพให้สามารถสะท้อนภาระโรค ความต้องการด้านสุขภาพ และจำนวนประชากรที่ใช้บริการจริง โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีประชากรแฝง ประชากรเคลื่อนย้าย และประชากรที่ตกหล่นจากระบบหลักประกันสุขภาพ เนื่องจากการทบทวนพบช่องว่างด้านการเงินการคลังในหลายลักษณะ ตั้งแต่สัดส่วนงบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค งบประมาณสนับสนุนการวิจัยด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น ตลอดจนการขาดกลไกชดเชยค่าบริการสำหรับประชากรที่ตกหล่นจากระบบประกันในพื้นที่ชายแดน จึงควรพัฒนากลไกการจัดสรรและชดเชยที่คำนึงถึงความแตกต่างของบริบทพื้นที่และภาระบริการ เพื่อสนับสนุนความยั่งยืนทางการเงินของหน่วยบริการและลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

3. พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพที่เชื่อมโยงและสามารถใช้ประโยชน์ร่วมกันระหว่างหน่วยงาน โดยควรกำหนดมาตรฐานข้อมูลร่วมและพัฒนากลไกเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน เพื่อให้ข้อมูลสามารถนำไปใช้ในการวางแผนจัดสรรทรัพยากร เฝ้าระวังสถานการณ์ และติดตามผลลัพธ์ของระบบสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษาพบข้อจำกัดด้านข้อมูลในหลายประเด็น ได้แก่ ข้อมูลสุขภาพเมืองที่ยังไม่สะท้อนพื้นที่เชิงหน้าที่และประชากรแฝง ฐานข้อมูลกำลังคนที่แยกส่วน และระบบข้อมูลด้านการแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ยังไม่เชื่อมโยงกัน การพัฒนาระบบข้อมูลจึงควรมุ่งจากการมีฐานข้อมูลรายหน่วยงานไปสู่การสร้างระบบข้อมูลที่สามารถแลกเปลี่ยน เชื่อมโยง และนำไปใช้สนับสนุนการตัดสินใจร่วมกันได้ โดยดำเนินการควบคู่กับการกำกับดูแลข้อมูล การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูล

4. การพัฒนานโยบายสุขภาพควรคำนึงถึงความแตกต่างของความต้องการและข้อจำกัดของประชากรแต่ละกลุ่ม โดยเฉพาะประชากรแฝง ประชากรเคลื่อนย้าย แรงงานข้ามชาติ บุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ และประชากรที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ เนื่องจากหลักฐานพบความเหลื่อมล้ำในหลายบริบท ทั้งความเหลื่อมล้ำภายในเมือง ความแตกต่างระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพ การตกหล่นของแรงงานข้ามชาติและเด็กต่างด้าว ตลอดจนความแตกต่างในการเข้าถึงบริการดูแลระยะท้าย การกำหนดสิทธิประโยชน์ การจัดบริการ และการจัดสรรทรัพยากรจึงควรพิจารณาความจำเป็นด้านสุขภาพและบริบทเฉพาะของประชากรแต่ละกลุ่ม มากกว่าการใช้เกณฑ์เดียวกันกับประชากรทุกกลุ่มหรือทุกพื้นที่

5. ควรให้ความสำคัญกับการทบทวนบทบาท อำนาจหน้าที่ และความสัมพันธ์ระหว่างกลไกที่มีอยู่ก่อนการจัดตั้งกลไกใหม่ โดยผลการศึกษาพบความไม่ชัดเจนของบทบาทและการประสานงานในหลายระดับ ตั้งแต่การกำกับดูแลระบบปฐมภูมิภายหลังการถ่ายโอน รพ.สต. การบริหารกำลังคนด้านสุขภาพระดับชาติ ไปจนถึงการจัดการปัญหาสุขภาพชายแดนและผลกระทบจากความผันผวนทางภูมิรัฐศาสตร์ การยกระดับกลไกเดิมจึงควรมุ่งกำหนดขอบเขตอำนาจหน้าที่ ความรับผิดชอบ และช่องทางประสานงานให้ชัดเจน ตลอดจนเพิ่มศักยภาพของกลไกให้สามารถดำเนินงานเชิงรุกและตอบสนองต่อปัญหาที่มีลักษณะข้ามภาคส่วนได้อย่างเหมาะสม

6. ผลการศึกษาควรนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการกำหนดทิศทางนโยบาย โดยพิจารณาร่วมกันทั้งหลักฐานเชิงประจักษ์ ช่องว่าง ระดับฉันทมติ ความเร่งด่วน ความเป็นไปได้ และบริบทของแต่ละประเด็น ทั้งนี้ ประเด็นที่มีคะแนนเดลฟายต่ำกว่าประเด็นอื่นไม่ควรถูกตีความว่าไม่มีความสำคัญ แต่ควรพิจารณาว่าประเด็นดังกล่าวควรได้รับการพัฒนาในรูปแบบใด เช่น การขับเคลื่อนเป็นประเด็นเฉพาะ การบูรณาการเข้าสู่ประเด็นเชิงยุทธศาสตร์อื่น หรือการพัฒนาฐานหลักฐานเพิ่มเติม ตัวอย่างเช่น ประเด็นภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ซึ่งได้รับฉันทมติในระดับต่ำ อาจพิจารณาความเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน พร้อมทั้งพัฒนาหลักฐานที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างทรัพยากรที่ลงทุน การเข้าถึงบริการ และผลลัพธ์ทางสุขภาพให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

7. พัฒนากระบวนการทบทวนประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ให้เป็นวงรอบต่อเนื่องและเชื่อมโยงกับกลไกนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ควรนำผลการทบทวนสถานการณ์และช่องว่าง รวมทั้งผลจากกระบวนการเดลฟาย ไปใช้ประกอบการดำเนินงานของกลไกนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่มีอยู่ โดยเฉพาะกระบวนการสมัชชาสุขภาพและกลไกการมีส่วนร่วมในระดับต่าง ๆ เพื่อเชื่อมโยงหลักฐานทางวิชาการเข้ากับกระบวนการพิจารณานโยบายอย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งควรกำหนดให้มีการทบทวนสถานการณ์ ช่องว่าง และระดับความสำคัญของประเด็น

เป็นระยะ เนื่องจากบริบทของระบบสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งควรนำประเด็นที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอเพิ่มเติม ได้แก่ ปัจจัยกำหนดสุขภาพเชิงพาณิชย์ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและโรคอุบัติใหม่ เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ สุขภาวะทางปัญญา ความเข้มแข็งของสังคม สุขภาพภาคประชาชน และความเป็นธรรมทางสุขภาพ เข้าสู่กระบวนการทบทวนและวิเคราะห์ช่องว่างในรอบต่อไป

8. พัฒนาระบบบริการสุขภาพและระบบสุขภาพปฐมภูมิให้รองรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างเชื่อมโยงกัน โดยกำหนดบทบาทและกลไกประสานงานระหว่างหน่วยงานส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ชัดเจน โดยเฉพาะภายหลังการถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. พร้อมทั้งพัฒนาระบบบริการตลอดช่วงชีวิต การดูแลระยะยาว และการดูแลแบบประคับประคองให้สอดคล้องกับความต้องการของประชากรและโครงสร้างครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป

9. พัฒนาระบบข้อมูลและกลไกอภิบาลสำหรับประชากรและพื้นที่ที่มีความซับซ้อน โดยเฉพาะพื้นที่เมือง พื้นที่ชายแดน ประชากรแฝง ประชากรเคลื่อนย้าย แรงงานข้ามชาติ และบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ให้สามารถสะท้อนจำนวนประชากรและภาระบริการที่แท้จริง ควบคู่กับการพัฒนากลไกทางการเงินสำหรับประชากรที่ตกหล่นจากระบบประกัน และยกระดับกลไกความร่วมมือที่มีอยู่ให้สามารถตอบสนองต่อประเด็นสุขภาพที่เชื่อมโยงกับความมั่นคงและความผันผวนทางภูมิรัฐศาสตร์ได้อย่างเหมาะสม

ทั้งนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิยังได้ให้ข้อเสนอแนะต่อเรื่องหน่วยงาน/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และแนวทางการดำเนินงานของ สช. ต่อการนำประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ไปขับเคลื่อนและใช้ประโยชน์ต่อดังรายละเอียดภาคผนวก ฌ

# เอกสารอ้างอิง


1. ณัฐวุฒิ เอี่ยงธนรัตน์, ภรัณยู โอสถธนากร, พีรสิชฌ์ สิทธิรัตน์. การพัฒนาชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพเพื่อติดตามประเมินผล และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เรื่อง ระบบสุขภาพชุมชนเมือง. มหาวิทยาลัยมหิดล และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2568.
2. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ ภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2569.
3. ธัญยชนก หมื่นมะโน, ศิริกัลยา กองพันธ์, ชุติณัฐสินี น่วมโต. รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวด การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ภายใต้กรอบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565. มหาวิทยาลัยมหิดล และ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2568.
4. สมธนึก โชติช่วงฉัตรชัย. รายงานผลการดำเนินงานการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2568.
5. ฑิณกร โนรี, อินทิรา นิ่มนวล, แพรพิงค์ ตันตาปกุล, ณัชฐพร เนตรภักดี. การวิจัยเชิงสังเคราะห์ : การพัฒนาชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพ ติดตาม ประเมินผล เพื่อจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เรื่อง กำลังคนด้านสุขภาพ. มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ; 2567.
6. สมธนึก โชติช่วงฉัตรชัย, จิณณพัต สุวรรณเกตกะ, วรณัน วิทยาพิภพสกุล, ธนินทร์ พัฒนศิริ, ฉัตรพศ หลายรุ่งเรือง. การพัฒนาตัวชี้วัดและจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เรื่องการเงินการคลังด้านสุขภาพ. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2567.
7. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รายงานระบบสุขภาพไทย ภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565 หมวดสุขภาพจิต. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2568.
8. ผกากรอง ขวัญข้าว, นางสาวปวัชสรา คัมภีระธัม, นางสาวณัชชา เต็งเติมวงศ์. การพัฒนาชุดตัวชี้วัดและจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการส่งเสริมสนับสนุนการใช้ และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2568.
9. World Health Organization. Social participation for universal health coverage: technical paper. Geneva: World Health Organization; 2023.
10. World Health Organization. Global traditional medicine strategy 2025–2034. Geneva: World Health Organization; 2025.
11. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รายงานสรุปสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565: ฉบับรวบรวม 9 หมวด. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2568.
12. วรรณา ศรีวิริยานุภาพ, ทิพิชา โปษยานนท์, วราวุธ เสริมสินสิริ, ภาณุโชติ ทองยัง, ศิริธร อรไชย, พรสิรี จิตรถเวช, et al. การพัฒนาตัวชี้วัดและจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ตามพระราชบัญญัติสุขภาพ

แห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมวดการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา และ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาต; 2567.

13. ศรวณีย์ อวนศรี, ศุภณัฐ โชติชวาลรัตนกุล, นิจนันท์ ปาณะพงศ์, ชญาน์นันท์ ครุตศุทธิพิพัฒน์, ปวันรัตน์ มิ่งเมือง, วาทินี คุณเผือก, et al. การศึกษาความเป็นไปได้ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ภายใต้ระบบ "ระบบฉุกเฉินวิกฤตทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ" (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP) สำหรับระบบประกันสุขภาพคนต่างด้าวและประกันสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ กระทรวงสาธารณสุข. มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2567.
14. ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์, สิรินาฏ นิภาพร, หทัยรัตน์ โกษียาภรณ์, เยาวลักษณ์ แหวนวงษ์, สตพร จุลชู, พิกุลแก้ว ศรีนาม, et al. การจัดระบบชดเชยค่าบริการการแพทย์ กรณีสิทธิประโยชน์การป้องกันและรักษาโรคเอชไอวี/เอดส์ สำหรับประชากรต่างด้าวในประเทศไทย. มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2562.
15. วีระศักดิ์ พุทธาศรี, ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์, สิรินาฏ นิภาพร, สุพล ลิมวัฒนานนท์, เยาวลักษณ์ แหวนวงษ์, ประภาพร นพรัตยาภรณ์, et al. การจัดระบบและคาดการณ์งบประมาณเพื่อชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กต่างด้าว. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2560.
16. ฐิติภรณ์ ตวงรัตนานนท์, ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์, วราภรณ์ ปวงกันทา, เยาวลักษณ์ แหวนวงษ์, พิกุลแก้ว ศรีนาม, สตพร จุลชู, et al. การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการด้านการศึกษาและงานส่งเสริมสุขภาพเด็กต่างด้าวในประเทศไทย. มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2562.
17. ศรวณีย์ อวนศรี, สตพร จุลชู, วาทินี คุณเผือก, มธุดารา ไพยารมณ์, พิกุลแก้ว ศรีนาม, ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์. การศึกษาสถานการณ์และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ ในกรณีที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย. มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2564.
18. หทัยรัตน์ โกษียาภรณ์, ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์, สตพร จุลชู, มธุดารา ไพยารมณ์, พิกุลแก้ว ศรีนาม. ปัจจัยและกลไกในการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย ต่อมาตรการในการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคและมาตรการด้านสาธารณสุขและสังคม กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. 2564.
19. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 หมวดสุขภาพจิต. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2568.
20. ปฐมา สตะเวทิน. การจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

# ภาคผนวก

## ภาคผนวก ก รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิและรายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

### 1. รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่ตอบแบบสำรวจเดลฟาย จำนวน 47 คน

| ลำดับ | ชื่อ - นามสกุล | หน่วยงาน |
|---|---|---|
| 1 | นายฑิณกร โนรี | สำนักงานพัฒนานโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ |
| 2 | นางไมลีย์ ชุมวรฐายี | กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| 3 | นายวราวุธ เสริมสินสิริ | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| 4 | นางสาวฐิติมา พึ่มกุล | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 5 | ดร.สมธนึก โชติช่วงฉัตรชัย | นักวิชาการอิสระ |
| 6 | นางจันทราภา จินดาทอง | โรงพยาบาลอุ้มผาง |
| 7 | นางสาวมลฤดี โพธิ์อินทร์ | สภาองค์กรของผู้บริโภค |
| 8 | นายอนรรฆ พิทักษ์ธานิน | สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 9 | นายภัทรพล จึงสมเจตไพศาล | สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 10 | นายทรงกลด ขาวแจ้ง | กองการต่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย |
| 11 | นายเนาว์ฟ หะวี | สำนักงานปลัดกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม |
| 12 | นางภัสวรรณ โพธิ์เผื่อนน้อย | สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) |
| 13 | นายยุทธพงษ์ ขวัญชื้น | กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ |
| 14 | นางสาวชลณัช คุปตวัช | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) |
| 15 | นายพรศักดิ์ อยู่เจริญ | กรมควบคุมโรค |
| 16 | นางกรรณิการ์ บรรเทิงจิตร | สำนักประสานนโยบายรองรับสังคมสูงวัย (สปสว.) |
| 17 | นางสาวทิพปภา สุขกล | สภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย |
| 18 | นายศิวัช บุญเกิด | เมืองพัทยา |
| 19 | นายเฉลิมพล แจ่มจันทร์ | สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 20 | ผศ.ดร.รักชนก คชานุบาล | วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 21 | นายวีรพงษ์ เกรียงสินยศ | มูลนิธิสุขภาพไทย |
| 22 | นายสุรสักย์ ธไนศวรรยางกูร | แผนงานสุขภาพประชากรข้ามชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 23 | นางสาวไสววรรณ ไผ่ประเสริฐ | กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข |
| 24 | พญ.ชวิศา เจนครองธรรม | องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย |
| 25 | นางสุภัทรา สนิทสม | สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ |
| 26 | นางสาวผกากรอง ขวัญข้าว | โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร |
| 27 | นายธงชัย นาพิมพ์ | สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (Thailand Development Research Institute: TDRI) |
| 28 | นายต่วนวันไฟศอล ยามา | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) |
| 29 | นางสาววารุณี พิณพรมราช | สำนักงานปลัดกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม |
| 30 | นายเกษมศานต์ ชัยศิลป์ | กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ. |

| ลำดับ | ชื่อ - นามสกุล | หน่วยงาน |
|---|---|---|
| 31 | นางสาวสุธี สฤษฎ์ศิริ | กองสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (กสภ สนอ. กทม.) |
| 32 | นางวรรณา ศรีวิริยานุภาพ | วิทยาลัยการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพแห่งประเทศไทย |
| 33 | นายเฉวตสรร นามวาท | สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) |
| 34 | นางสาวภณิดา อสุโกวิท | สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) |
| 35 | นายเตชิต วัชรเมธาพงษ์ | องค์การบริหารส่วนจังหวัด นนทบุรี (สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย) |
| 36 | นางริญญภัสร์ ธนเสรีอริยพร | สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ |
| 37 | นางดวงพร ปิณจีเสคิกุล | สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร |
| 38 | นางบุญญาดา พานทอง | กรมการแพทย์ |
| 39 | นพ.วิรุฬ ลิ้มสวาท | สำนักวิชาการสาธารณสุข สป.สธ. |
| 40 | พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ | สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล |
| 41 | นายประพจน์ เภตราภาศ | สมาพันธ์การแพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทย |
| 42 | นางสาวจารุวรรณ มณฑิราช | สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ |
| 43 | นายระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ | กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค |
| 44 | ดร.อังคณา เลขะกุล | มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPF) |
| 45 | นพ.ณัฐวุฒิ เอี่ยงธนรัตน์ | ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 46 | นางสาวศรวณีย์ อวนศรี | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 47 | นางสาวพรสิรี จิตรถเวช | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |

**ภาคผนวก ข รายชื่อผู้เข้าร่วมการประชุมเพื่อให้ความเห็นและจัดลำดับความสำคัญของประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ**
**วันศุกร์ที่ 5 มิถุนายน พ.ศ. 2569 เวลา 8.30 – 13.00 น.**
**ณ ห้องประชุม สานใจ 1/2 ชั้น 6 อาคารสุขภาพแห่งชาติ อ.เมืองฯ จ.นนทบุรีและผ่านระบบออนไลน์**

| ลำดับ | ชื่อ - นามสกุล | หน่วยงาน |
|---|---|---|
| 1 | ดร.อังคณา เลขะกุล | มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPF) |
| 2 | นายเฉวตสรร นามวาท | สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) |
| 3 | นางสาววารุณี พิณพรมราช | สำนักงานปลัดกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม |
| 4 | คุณเนาว๊าฟ หะวี | สำนักงานปลัดกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม |
| 5 | นางสาวภณิดา อสุโกวิท | สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ |
| 6 | นางสาวภัสวรรณ โพธิ์เผื่อนน้อย | สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ |
| 7 | นายยุทธพงษ์ ขวัญชื้น | กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ |
| 8 | นางดวงพร ปิณจีเสคิกุล | สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร |
| 9 | นางสาวสุธี สฤษฎ์ศิริ | สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร |
| 10 | นพ. วิรุฬ ลิ้มสวาท | กลุ่มงานวิจัยสังคมและสุขภาพ สำนักวิชาการสาธารณสุข สป.สธ. |
| 11 | นางไมลีย์ ชุมวรฐายี | กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| 12 | นางสาวผกากรอง ขวัญข้าว | โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร |
| 13 | นายวีรพงษ์ เกรียงสินยศ | มูลนิธิสุขภาพไทย |
| 14 | ดร.สมธนึก โชติช่วงฉัตรชัย | นักวิชาการอิสระ |
| 15 | นางสาวชวิศา เจนครองธรรม | องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย |
| 16 | นายพรศักดิ์ อยู่เจริญ | กรมควบคุมโรค |
| 17 | นายระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ | กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค |
| 18 | นางสาวไสววรรณ ไผ่ประเสริฐ | กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข |
| 19 | นางสุภัทรา สนิทสม | กระทรวงศึกษาธิการ |
| 20 | นายสุรสักย์ ธไนศวรรยางกูร | แผนงานสุขภาพประชากรข้ามชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 21 | นายอนรรฆ พิทักษ์ธานิน | ศูนย์แม่โขงศึกษา สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 22 | นางสาวชลณัช คุปตวัช | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 23 | นางสาวฐิติมา พึ่มกุล | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 24 | นายต่วนวันไฟศอล ยามา | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 25 | นายเกษมศาสต์ ชัยศิลป์ | กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |

| ลำดับ | ชื่อ - นามสกุล | หน่วยงาน |
|---|---|---|
| 26 | นางสาวอภิษฎา คุณาพรธรรม | กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ |
| 27 | รศ.ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์ | สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 28 | นางกรรณิการ์ บรรเทิงจิตร | สำนักงานประสานนโยบายรองรับสังคมสูงวัย (สป.สว.) |
| 29 | นางสาวทิพปภา สุขกุล | สภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย |
| 30 | ผ.ศ. ดร.รักชนก คชานุบาล | วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 31 | นายธงชัย นาพิมพ์ | สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (Thailand Development Research Institute: TDRI) |
| 32 | นางสาวศรวณีย์ อวนศรี | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 33 | นางบุญญาดา พานทอง | กรมการแพทย์ |
| 34 | นายทรงกลด ขาวแจ้ง | กลุ่มงานประสานนโยบายผู้อพยพ และหลบหนีเข้าเมือง กองการต่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย |
| 35 | นางสาวจารุวรรณ มณฑิราช | สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ |
| 36 | นางริญญภัสร์ ธนเสรีอริยพร | สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ |
| 37 | นายวราวุธ เสริมสินสิริ | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| 38 | นางสาวมลฤดี โพธิ์อินทร์ | สภาองค์กรของผู้บริโภค |
| 39 | นางวรรณา ศรีวิริยานุภาพ | วิทยาลัยการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพแห่งประเทศไทย |
| 40 | นางจันทราภา จินดาทอง | โรงพยาบาลอุ้มผาง |
| 41 | นายเตชิต วัชรเมธาพงษ์ | องค์การบริหารส่วนจังหวัด นนทบุรี (สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย) |
| 42 | นายศิวัช บุญเกิด | เมืองพัทยา |
| 43 | นพ.ณัฐวุฒิ เอี่ยงธนรัตน์ | ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 44 | นายประพจน์ เภตรากาศ | สมาพันธ์การแพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทย |
| 45 | นางสาวไสววรรณ ไผ่ประเสริฐ | กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข |
| 46 | นายภัทรพล จึงสมเจตไพศาล | กระทรวงสาธารณสุข |
| 47 | นางสาวนภัสสร ไกรวิศิษฏ์กุล | โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี (รพ.มทส.) |
| 48 | นางสาวทิพิชา โปษยานนท์ | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |
| 49 | นางสาวนภินทร ศิริไทย | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |
| 50 | นางสาวพรสิรี จิตรถเวช | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |
| 51 | นางสาววันวิสา แสงทิม | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |
| 52 | นายพงศ์นรินทร์ มากรัตน์ | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |

| ลำดับ | ชื่อ - นามสกุล | หน่วยงาน |
|---|---|---|
| 53 | นางสาวนันทพร เตชะประเสริฐสกุล | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |
| 54 | นางสาวณนุต มธุรพจน์ | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |
| 55 | นายชูชาติ ตรีรัถยานนท์ | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |
| 56 | นายพรมประสิทธิ์ ธรรมกรณ์ | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |
| 57 | นางสาวชะวะลีพร ภวภูวตานนท์ฯ | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |
| 58 | นางสาวอรนิต อรไชย | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |
| 59 | นางสาวสุนันทา ปินะทาโน | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |
| 60 | นางสาวระพีพรรณ บุญเกตุ | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |
| 61 | นายอมรเทพ ยิ้มแย้ม | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |
| 62 | นางสาวอัญภัทร เลิศกรวิตร | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |

## ภาคผนวก ค รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมการนำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้นและให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ

**วันพุธที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2569 เวลา 9.00 – 13.00 น. ณ ห้องประชุม สานใจ 1/2 ชั้น 6 อาคารสุขภาพแห่งชาติ อ.เมืองฯ จ.นนทบุรี**

| ลำดับ | ชื่อ - นามสกุล | หน่วยงาน |
|---|---|---|
| 1 | นางสาวผกากรอง ขวัญข้าว | โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร |
| 2 | ภญ.เยาวเรศ อุปมายันต์ | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา |
| 3 | นางจันทราภา จินดาทอง | โรงพยาบาลอุ้มผาง |
| 4 | นายฑิณกร โนรี | สำนักงานพัฒนานโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ |
| 5 | นางดวงพร ปิณจีเสคิกุล | สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร |
| 6 | นายเฉวตสรร นามวาท | สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) |
| 7 | นางสาววารุณี พิณพรมราช | สำนักงานปลัดกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม |
| 8 | นางสาวภณิดา อสุโกวิท | สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ |
| 9 | นายยุทธพงษ์ ขวัญชื้น | กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ |
| 10 | นางไมลีย์ ชุมวรฐายี | กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| 11 | นายวีรพงษ์ เกรียงสินยศ | มูลนิธิสุขภาพไทย |
| 12 | ดร.สมธนึก โชติช่วงฉัตรชัย | นักวิชาการอิสระ |
| 13 | นายพรศักดิ์ อยู่เจริญ | กรมควบคุมโรค |
| 14 | นางสุภัทรา สนิทสม | สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ |
| 15 | นายสุรสักย์ ธไนศวรรยางกูร | แผนงานสุขภาพประชากรข้ามชาติ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 16 | นายอนรรฆ พิทักษ์ธานิน | สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 17 | นางสาวชลณัช คุปตวัช | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 18 | นางสาวฐิติมา พึ่มกุล | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 19 | นายต่วนวันไฟศอล ยามา | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| 20 | นายเกษมศานต์ ชัยศิลป์ | กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 21 | นางกรรณิการ์ บรรเทิงจิตร | สำนักประสานนโยบายรองรับสังคมสูงวัย (สปสว.) |
| 22 | นางสาวทิพปภา สุขกล | สภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย |
| 23 | นายริฎวาน เจ๊ะหะ | สภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย |
| 24 | นายธงชัย นาพิมพ์ | สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย |
| 25 | นางสาวศรวณีย์ อวนศรี | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 26 | นางบุญญาดา พานทอง | กรมการแพทย์ |
| 27 | นายทรงกลด ขาวแจ้ง | กองการต่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย |
| 28 | นางสาวศศิธร ภู่ระย้า | สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ |
| 29 | นางสาวจารุวรรณ มณฑิราช | สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ |
| 30 | พญ.ชวิศา เจนครองธรรม | องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย |
| 31 | พญ.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ | สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล |
| 32 | นางสาวมลฤดี โพธิ์อินทร์ | สภาองค์กรของผู้บริโภค |
| 33 | นางวรรณา ศรีวิริยานุภาพ | วิทยาลัยการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพแห่งประเทศไทย |

| ลำดับ | ชื่อ - นามสกุล | หน่วยงาน |
|---|---|---|
| 34 | นายภัทรพล จึงสมเจตไพศาล | สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| 35 | นางสาวศิถี ตันบุนเต็ก | สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน |
| 36 | นางสาววรัชยา ชินดุษฎีกุล | สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน |
| 37 | นายเตชิต วัชรเมธาพงษ์ | องค์การบริหารส่วนจังหวัด นนทบุรี (สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย) |
| 38 | นายบัญชา ค้าของ | องค์การบริหารส่วนจังหวัดภูเก็ต |
| 39 | นพ.ณัฐวุฒิ เอี่ยงธนรัตน์ | คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 40 | นายยงค์ศักดิ์ ตันติปิฎก | มูลนิธิพัฒนาการแพทย์แผนไทย |
| 41 | นายประพจน์ เภตรากาศ | สมาพันธ์การแพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทย |
| 42 | นางสาวเสาวภา คชลัย | มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) |
| 43 | นางสาวอารียา ทองแสง | มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) |
| 44 | นางสาวสุพรรณนิภา เยื่อใย | กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น |
| 45 | นพ.อภิสรรค์ บุญประดับ | สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ |
| 46 | นางสาวนภินทร ศิริไทย | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |
| 47 | นางสาวพรสิรี จิตรถเวช | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |
| 48 | นายพงศ์นรินทร์ มากรัตน์ | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |
| 49 | นางสาวนันทพร เตชะประเสริฐสกุล | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |
| 50 | นายพรมประสิทธิ์ ธรรมกรณ์ | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |
| 51 | นางสาวอรนิต อรไชย | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |
| 52 | นางสาวสนทยา ทิมเรือง | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |
| 53 | นางสาวสุนันทา ปินะทาโน | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |
| 54 | นางสาวระพีพรรณ บุญเกตุ | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |
| 55 | นายอภิชาติ โสภาพงศ์ | สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ |

**ภาคผนวก ง**

**เอกสารประกอบการประชุมวันที่ 5 มิถุนายน 2569**

การประชุมเพื่อให้ความเห็นและจัดลำดับความสำคัญของประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ วันศุกร์ที่ 5 มิถุนายน พ.ศ. 2569 เวลา 8.30 – 13.00 น. ณ ห้องประชุม สานใจ 1/2 ชั้น 6 อาคารสุขภาพแห่งชาติ อ.เมืองฯ จ.นนทบุรีและผ่านระบบออนไลน์

**วัตถุประสงค์ของการจัดประชุม**

เพื่อดำเนินกระบวนการให้ความเห็นและจัดลำดับความสำคัญของประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศของผู้ทรงคุณวุฒิ

**กลุ่มเป้าหมาย**

ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวนประมาณ 40 - 50 ท่าน

**ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

ประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ เพื่อใช้เป็นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับประกอบการพิจารณาของหน่วยงานภาครัฐ องค์กรที่เกี่ยวข้อง ชุมชนและท้องถิ่น ตลอดจนกลไกต่าง ๆ ในการนำไปประยุกต์ใช้ตามภารกิจที่รับผิดชอบ อันจะเอื้อต่อการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานองค์ความรู้และหลักฐานทางวิชาการอย่างยั่งยืนต่อไป

**เอกสารประกอบการประชุม**

1.เอกสารชี้แจงกระบวนการให้ความเห็นต่อประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพประเทศ

2.เอกสารผลการทบทวนสถานการณ์และช่องว่าง (Gap Analysis) ของประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพประเทศ

3.แบบสำรวจเดลฟาย (Delphi Survey)

**ภาคผนวก จ เอกสารชี้แจงกระบวนการให้ความเห็นต่อประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์**
**ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ**
**วันที่ 5 มิถุนายน 2569 ณ ห้องประชุมสานใจ 1/2 อาคารสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดนนทบุรี**

## 1. วัตถุประสงค์ของเอกสารชี้แจง

เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อชี้แจงขั้นตอนและกระบวนการในการให้ความเห็นต่อประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ โดยมุ่งหมายให้ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญทุกท่านมีความเข้าใจตรงกันในกระบวนการ เกณฑ์การประเมิน และวิธีการจัดลำดับความสำคัญของประเด็น เพื่อให้ผลการประเมินมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีวัตถุประสงค์หลัก 3 ประการ ได้แก่

1) เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมเข้าใจกระบวนการและขั้นตอนการให้ความเห็นอย่างชัดเจน
2) เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันในเกณฑ์การประเมินและน้ำหนักคะแนน
3) เพื่อให้การจัดลำดับความสำคัญดำเนินไปอย่างมีระบบ โปร่งใส และเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย

## 2. พื้นฐานและกรอบแนวคิดในการดำเนินการ

### 2.1 ที่มาของประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์

ประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ที่นำมาพิจารณาในการประชุมครั้งนี้ ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Literature Review) ของรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยครอบคลุม 11 สาระหมวดตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 และได้รับการกลั่นกรองเบื้องต้นจากคณะทำงานเหลือ 8 ประเด็นหลัก

### 2.2 ระเบียบวิธีที่ใช้ในการดำเนินการ

การประชุมครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ประกอบด้วย

- การวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap Analysis): การระบุช่องว่างระหว่างสถานการณ์ที่เป็นอยู่กับสถานการณ์ที่พึงประสงค์ของระบบสุขภาพ
- เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique): กระบวนการรวบรวมความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญหลายรอบ เพื่อให้ได้ฉันทมติในการจัดลำดับความสำคัญ

## 3. กระบวนการให้ความเห็นทีละขั้นตอน

การประชุมดำเนินการตามขั้นตอนที่เป็นระบบ 6 ขั้นตอน ดังนี้

| | |
|---|---|
| **ขั้นที่ 1** | **การนำเสนอสถานการณ์และช่องว่าง**<br>ผู้ดำเนินการประชุมนำเสนอผลการวิเคราะห์สถานการณ์ระบบสุขภาพและช่องว่าง (Gap Analysis) ครอบคลุม 7 ประเด็นหลัก<br>โดยอ้างอิงจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ |
| **ขั้นที่ 2** | **การเสนอประเด็นเพิ่มเติม** |

| | |
|---|---|
| | ผู้เข้าร่วมประชุมมีโอกาสเสนอช่องว่างหรือประเด็นสำคัญที่ยังไม่ครอบคลุมในเอกสาร เพื่อให้ได้ชุดประเด็นที่สมบูรณ์และครอบคลุมที่สุด |
| **ขั้นที่ 3** | **การชี้แจงเกณฑ์และวิธีการให้คะแนน**<br>ผู้ดำเนินการประชุมอธิบายเกณฑ์การพิจารณา คะแนน และวิธีการแปลผลอย่างละเอียด เพื่อให้ผู้เข้าร่วมประชุมมีความเข้าใจตรงกัน |
| **ขั้นที่ 4** | **การให้คะแนนผ่านระบบออนไลน์**<br>ผู้เข้าร่วมประชุมดำเนินการให้คะแนนแต่ละประเด็นตามเกณฑ์ที่กำหนด ผ่านแบบสอบถามออนไลน์ (Google Form) โดยอิสระและเป็นความลับ |
| **ขั้นที่ 5** | **การรวบรวมและแปลผลคะแนน**<br>คณะทำงานรวบรวมผลคะแนน คำนวณค่าเฉลี่ย และจัดลำดับความสำคัญของประเด็น พร้อมนำเสนอผลเบื้องต้นต่อที่ประชุม |
| **ขั้นที่ 6** | **การอภิปรายและการรับรองผล**<br>ที่ประชุมร่วมอภิปรายผลการจัดลำดับ ปรับปรุง และรับรองประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญ |

**4.เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique)**

การศึกษาครั้งนี้ใช้เทคนิคเดลฟายในการรวบรวมความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ โดยคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน ไม่น้อยกว่า 5 ท่าน ในแต่ละประเด็น ประกอบด้วยนักวิชาการ นักวิจัย ผู้บริหาร และผู้แทนภาคประชาชนด้านระบบสุขภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูล 3 รอบดำเนินการระหว่างรอบที่ 1 วันที่ 4–5 มิถุนายน พ.ศ. 2569 รอบที่ 2 ระหว่างวันที่ 15–19 มิถุนายน 2569 และรอบที่ 3 ระหว่างวันที่ 29 มิถุนายน–3 กรกฎาคม 2569 โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ผ่าน Google Form เป็นเครื่องมือ

**4.1 เกณฑ์การพิจารณาด้วยเทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique)**

| มิติ | เกณฑ์การพิจารณา |
|---|---|
| ก. ความต้องการและผลกระทบ | ประเด็นนั้นสะท้อนความต้องการหรือก่อให้เกิดประโยชน์และผลกระทบต่อประชาชนและสังคมไทยในปัจจุบัน มีความสอดคล้องกับสถานการณ์โลก และมีศักยภาพนำไปสู่การแก้ไขปัญหาเชิงโครงสร้างภายในระยะ 5 ปี |
| ข. ความสอดคล้องกับนโยบาย | ความสอดคล้องของประเด็นกับนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ |

| มิติ | เกณฑ์การพิจารณา |
|---|---|
| ค. ช่องว่างและความจำเป็นในการบูรณาการ | ช่องว่างของระบบหรือสังคม ยังขาดเจ้าภาพหรือกลไกการขับเคลื่อนที่เป็นรูปธรรม หรือมีความจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือและการบูรณาการข้ามภาคส่วน (Inter-sectoral Collaboration) |
| ง. ความเป็นไปได้ในการดำเนินการ | ความเป็นไปได้ในการขับเคลื่อนประเด็นให้เกิดผลภายในระยะ 5 ปี โดยพิจารณาประกอบกับข้อจำกัดด้านกฎหมาย งบประมาณ กำลังคน บริบททางการเมือง และศักยภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง |
| จ. ความเร่งด่วน | ความจำเป็นในการดำเนินการในช่วงเวลาปัจจุบัน โดยพิจารณาจากความเสียหายหรือผลกระทบที่อาจเพิ่มขึ้น หรือยากต่อการแก้ไขในอนาคตหากการดำเนินการล่าช้า |

**4.2 การแปลผลและการนำเสนอผลการจัดลำดับ**

**4.2.1 เกณฑ์การแปลผลเทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique)**

**ระดับคะแนน**

| ระดับ | ความหมาย |
|---|---|
| น้อยที่สุด | ประเด็นนี้มีความสำคัญน้อยที่สุดในการแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างใน 5 ปีข้างหน้า |
| น้อย | ประเด็นนี้มีความสำคัญน้อยในการแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างใน 5 ปีข้างหน้า |
| ปานกลาง | ประเด็นนี้มีความสำคัญปานกลางในการแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างใน 5 ปีข้างหน้า |
| มาก | ประเด็นนี้มีความสำคัญมากในการแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างใน 5 ปีข้างหน้า |
| มากที่สุด | ประเด็นนี้มีความสำคัญมากที่สุดในการแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างใน 5 ปีข้างหน้า |

ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินแต่ละมิติด้วยมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) ตั้งแต่ 1 = น้อยมาก ถึง 5 = มากที่สุด เพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์ระดับความสำคัญและฉันทมติของผู้ทรงคุณวุฒิในแต่ละประเด็นยุทธศาสตร์ต่อไป

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ในการเก็บข้อมูล ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้รับเชิญเข้าร่วมการศึกษา และได้ตอบรับแบบสอบถามตอบกลับครบทั้ง 3 ครั้ง คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 100 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ ได้แก่ 1 = น้อยมาก, 2 = น้อย, 3 = ปานกลาง, 4 = มาก และ 5 = มากที่สุด เพื่อประเมินระดับความสำคัญของประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา โดยข้อมูลที่ได้รับถูกนำมาวิเคราะห์เพื่อหา ค่าเฉลี่ย (Mean, x) ค่ามัธยฐาน (Median) ร้อยละของผู้ตอบที่ให้คะแนนตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป (%≥4) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IQR) และระดับฉันทมติของผู้ทรงคุณวุฒิในแต่ละประเด็นต่อไป

**ค่าเฉลี่ย (Mean)**

ค่าเฉลี่ยกำหนดเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึง มีความสำคัญมากที่สุด 3.51–4.50 หมายถึง มีความสำคัญมาก 2.51–3.50 หมายถึง มีความสำคัญปานกลาง 1.51–2.50 หมายถึง มีความสำคัญน้อย และ 1.00–1.50 หมายถึง มีความสำคัญน้อยที่สุด นอกจากการวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นในแต่ละรอบแล้ว ยังพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของคะแนนและการกระจายของความคิดเห็นระหว่างรอบ เพื่อประเมินแนวโน้มการเข้าสู่ฉันทมติของผู้ทรงคุณวุฒิ

**ค่ามัธยฐาน ($\tilde{x}$)**

มัธยฐาน (Median) ใช้เกณฑ์การแปลผลเช่นเดียวกับค่าเฉลี่ย โดยมัธยฐานเท่ากับ 5 หมายถึง มีความสำคัญมากที่สุด มัธยฐานเท่ากับ 4 หมายถึง มีความสำคัญมาก มัธยฐานเท่ากับ 3 หมายถึง มีความสำคัญปานกลาง มัธยฐานเท่ากับ 2 หมายถึง มีความสำคัญน้อย และมัธยฐานเท่ากับ 1 หมายถึง มีความสำคัญน้อยที่สุด

**ร้อยละของผู้ตอบที่ให้คะแนนตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป (%≥4)**

ร้อยละของผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คะแนนระดับ 4 หรือ 5 (%≥4) สำหรับเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็น กำหนดดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึง มีความสำคัญมากที่สุด, 3.51–4.50 หมายถึง มีความสำคัญมาก 2.51–3.50 หมายถึง มีความสำคัญปานกลาง 1.51–2.50 หมายถึง มีความสำคัญน้อย และ 1.00–1.50 หมายถึง มีความสำคัญน้อยที่สุด

**ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IQR)**

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) เป็นดัชนีเสริมที่ใช้ยืนยันความสอดคล้อง (Consistency) ของความคิดเห็นระหว่างผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งแตกต่างจากเกณฑ์การตัดสินระดับฉันทมติหลักที่ใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) ร่วมกับร้อยละของผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คะแนนตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป (%≥4) การศึกษานี้จึงรายงานทั้งสองดัชนีควบคู่กัน โดยใช้เกณฑ์ Mean ร่วมกับ %≥4 เป็นเกณฑ์หลักในการจำแนกระดับฉันทมติ (สูง/ปานกลาง/ต่ำ) ของทุกประเด็นอย่างสอดคล้องกันในทุกรอบการสำรวจ (รอบที่ 1-3) และใช้ IQR ≤ 1.00 เป็นดัชนีเสริมยืนยันความสอดคล้องของความคิดเห็นระหว่างรอบ มิได้ใช้ค่า IQR เป็นเกณฑ์กำหนดระดับฉันทมติแยกต่างหากในรอบใดรอบหนึ่ง

**เกณฑ์การพิจารณาฉันทมติ**

การพิจารณาระดับฉันทมติ (Consensus) ใช้เกณฑ์แบบผสม โดยพิจารณาค่าเฉลี่ย (Mean) ร่วมกับร้อยละของผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คะแนนตั้งแต่ระดับ 4 ขึ้นไป (%≥4) เพื่อสะท้อนทั้งระดับความคิดเห็นโดยรวมและสัดส่วนของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความคิดเห็นในระดับมากถึงมากที่สุด โดยกำหนดเกณฑ์ดังนี้

| ระดับฉันทมติ | เกณฑ์ | การแปลความหมาย |
|---|---|---|
| ระดับสูง | Mean ≥ 3.50 และ %≥4 ≥ 70% | ผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่อย่างชัดเจนมีความคิดเห็นในระดับมากถึงมากที่สุด |
| ระดับปานกลาง | Mean ≥ 3.00 และ %≥4 ≥ 50% | ผู้ทรงคุณวุฒิมากกว่าครึ่งหนึ่งมีความคิดเห็นในระดับมากถึงมากที่สุด แต่ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ระดับสูง |
| ระดับต่ำ | Mean < 3.00 หรือ %≥4 < 50 | ระดับความคิดเห็นยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ฉันทมติระดับปานกลางหรือระดับสูง |

**4.2.2 การรายงานผล**

ผลการจัดลำดับความประเด็นจะถูกรายงานในรูปแบบตารางผลการวิเคราะห์ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีต่อประเด็นสำคัญเชิงยุทศาสตร์ 7 ประเด็น

## 5. แนวทางปฏิบัติสำหรับผู้เข้าร่วมประชุม

### 5.1 ข้อปฏิบัติในการให้คะแนน

- พิจารณาให้คะแนนโดยอิสระ ไม่ปรึกษาหารือหรือแลกเปลี่ยนความเห็นกับผู้อื่นในระหว่างการให้คะแนน
- ให้คะแนนครบทุกประเด็นและทุกเกณฑ์ตามที่กำหนด
- อ้างอิงจากความรู้ ประสบการณ์ และหลักฐานทางวิชาการในการพิจารณา
- หากมีข้อสงสัยให้สอบถามคณะทำงานก่อนดำเนินการให้คะแนน

### 5.2 ระยะเวลาและช่องทางการให้คะแนน

การให้คะแนนดำเนินการผ่านแบบสอบถามออนไลน์ (Google Form) ภายในที่ประชุม โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 31 – 45 นาที ลิงก์แบบสอบถามจะถูกแจกจ่ายผ่าน QR Code และ URL ในวันประชุม

## 6. การนำผลไปใช้ประโยชน์

ผลการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์จากการประชุมครั้งนี้ จะถูกนำไปใช้ประโยชน์ดังนี้

6.1 จัดทำรายงานประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

6.2 เป็นข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับประกอบการเสนอแนะนโยบายต่อคณะรัฐมนตรี

6.3 เป็นกรอบในการจัดสรรทรัพยากรและกำหนดแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

6.4 สนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานองค์ความรู้และหลักฐานทางวิชาการ

**ภาคผนวก ฉ เอกสารผลการทบทวนสถานการณ์และช่องว่าง**
**ของประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ**

**ประเด็นสำคัญ 7 ประเด็น ภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565**

1. ระบบสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน (Primary Care and Community Health)
2. ระบบสุขภาพชุมชนเมือง (Urban Health)
3. ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ
4. ระบบบริการสุขภาพ
5. ระบบสุขภาพดิจิทัลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ
6. ระบบสุขภาพชายแดน ประชากรข้ามชาติและบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ
7. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร: ระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงวัย

เอกสารเอกสารฉบับนี้เป็นการทบทวนสถานการณ์และวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap Analysis) ของประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ ภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 โดยใช้แนวคิด “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” (Health in All Policies: HiAP) เป็นกรอบแนวคิดหลักที่ครอบคลุมทุกประเด็น เนื่องจากการที่ทุกภาคส่วนคำนึงถึงสุขภาพในการกำหนดนโยบายเป็นเงื่อนไขพื้นฐานของความสำเร็จในทุกมิติของระบบสุขภาพ โดยมุ่งให้นโยบายทุกภาคส่วน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และการศึกษา คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพอย่างเป็นระบบ ภายใต้แนวคิด One Health Policy

การทบทวนครั้งนี้ครอบคลุมประเด็นสำคัญ 7 ประเด็น ได้แก่ 1) ระบบสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน (การถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) 2) ระบบสุขภาพชุมชนเมือง 3) ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ 4) ระบบบริการด้านสุขภาพ 5) ระบบสุขภาพดิจิทัลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6) ระบบสุขภาพชายแดน ประชากรข้ามชาติและบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ และ 7) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร: ระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงวัย

## 1. ระบบสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน (Primary Care and Community Health)

### 1.1 สถานการณ์

ระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยถือเป็นรากฐานสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวม โดยหน่วยบริการหนึ่งแห่งรับผิดชอบประชากรเฉลี่ย 8,000-12,000 คน [1] ซึ่งในช่วงที่ผ่านมามีการพัฒนาคุณภาพอย่างก้าวกระโดด โดยพบว่าร้อยละของสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิที่ได้รับการรับรองคุณภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 39.61 ในปี พ.ศ. 2567 เป็นร้อยละ 74.25 ในปี พ.ศ. 2568 [2] และมีการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านมาตรฐานตาม พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ได้ถึง 3,180 หน่วย ซึ่งบรรลุเป้าหมายระดับชาติที่ตั้งไว้ [1] นอกจากนี้ การขับเคลื่อนนโยบาย “3 หมอ” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 ยังส่งผลให้กลไกภาคประชาชนเข้มแข็งขึ้น โดยพบว่าแกนนำสุขภาพอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถึงร้อยละ 98.52 มีสมรรถนะและศักยภาพ

ในการจัดการสุขภาพชุมชนบรรลุตามเกณฑ์เป้าหมาย [2] อย่างไรก็ตาม ระบบสุขภาพชุมชนกำลังเผชิญความท้าทายครั้งใหญ่ในช่วงเปลี่ยนผ่านจากการกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ซึ่งแม้จะมีเป้าหมายเพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจบริหารจัดการโครงสร้าง บุคลากร และงบประมาณอย่างเบ็ดเสร็จ [3] แต่ในทางปฏิบัติกลับก่อให้เกิดภาวะ ก่อให้เกิดความซ้ำซ้อนเชิงโครงสร้างในการบริหารระบบสุขภาพปฐมภูมิและภาวะขาดความชัดเจนของกลไกอภิบาลในการกำกับดูแลร่วมกันระหว่าง อบจ., สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และ สปสช. [4] ประกอบกับกระบวนการถ่ายโอนเผชิญความล่าช้าจากการที่บุคลากรสาธารณสุขร้อยละ 20-50 ยังมีความกังวลต่อการโอนย้าย เนื่องจากความกังวลเรื่องเส้นทางความก้าวหน้าทางอาชีพ [3] วิกฤตการณ์นี้สะท้อนชัดเจนในทิศทางของกำลังคนระดับปฐมภูมิที่ลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2562 ถึง 2566 พบว่าสัดส่วนแพทย์ในงานปฐมภูมิลดลงถึงร้อยละ 28 พยาบาลลดลงร้อยละ 50 และนักวิชาการสาธารณสุขลดลงร้อยละ 18 ซึ่งสวนทางกับภาระงานที่เพิ่มขึ้น [5] ในขณะเดียวกัน กลไกการเงินระดับท้องถิ่นยังคงมีข้อจำกัด โดยพบว่ากองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่กว่าร้อยละ 55.8 เลือกดำเนินโครงการแก้ปัญหาสุขภาพที่ไม่สอดคล้องกับภาระโรคที่แท้จริง และมักมุ่งเน้นการให้ความรู้ระยะสั้นมากกว่าการมุ่งผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมในระยะยาว [4] อีกทั้งงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ. 2567 ก็ยังมีสัดส่วนที่ต่ำเพียงร้อยละ 10.4 ซึ่งสะท้อนถึงโครงสร้างการลงทุนด้านสุขภาพที่ยังขาดความสมดุลและไม่เอื้อต่อการทำงานเชิงรุกในระดับชุมชน [4]

**1.2 ช่องว่าง**

การถ่ายโอนภารกิจ รพ.สต. ไปยัง อบจ. แม้จะมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างความยืดหยุ่นและการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพระดับพื้นที่ แต่ในช่วงเปลี่ยนผ่านได้ก่อให้เกิดช่องว่างด้านกลไกนโยบายและการกำกับบทบาทหน่วยงาน โดยเฉพาะความไม่ชัดเจนของบทบาท อำนาจหน้าที่ และกลไกการประสานงานร่วมกัน ระหว่าง อบจ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นกว่าร้อยละ 55.8 เลือกแก้ปัญหาสุขภาพที่ไม่สอดคล้องกับภาระโรคจริง ส่งผลให้ความรู้ทางสาธารณสุขของผู้ดูแลท้องถิ่นและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกลายเป็นข้อจำกัดในการบริหารจัดการงบประมาณและการกำหนดเป้าหมายปัญหาพื้นที่อย่างแท้จริง [6] ขณะที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดยังเผชิญข้อจำกัดด้านระบบการบริหารและการกำกับติดตาม รวมถึงการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพในระดับพื้นที่ ซึ่งไม่สามารถสะท้อนผลลัพธ์ทางสุขภาพของชุมชนได้อย่างครอบคลุม และก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำของการกระจายบุคลากรปฐมภูมิระหว่างจังหวัดเพิ่มขึ้น [2] ด้านระบบบริการสุขภาพยังประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง ได้แก่ นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู ส่งผลให้ระบบบริการไม่สามารถรองรับความต้องการด้านสุขภาพที่ซับซ้อนในชุมชนได้อย่างเพียงพอ [7]

**1.3 ความเชื่อมโยงกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 และมติสมัชชาสุขภาพ**

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 หมวดการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ ได้กำหนดเป้าหมายที่ 2 และ 3 ไว้อย่างชัดเจนว่าประชาชนทุกกลุ่มควรได้รับชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐานที่ครอบคลุมและเท่าเทียม และระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ปฐมภูมิถึงตติยภูมิต้องมีคุณภาพตามมาตรฐานและเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการขยายความครอบคลุมและคุณภาพของบริการปฐมภูมิให้ทั่วถึงในทุกพื้นที่ แนวทาง

ดังกล่าวสอดคล้องกับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติหลายเรื่อง ได้แก่ มติ 1.7 ว่าด้วยบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการสุขภาพและทรัพยากรธรรมชาติ มติ 2.3 ว่าด้วยการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และมติ 18.5 ว่าด้วยกลไกขับเคลื่อนการพัฒนาที่ยั่งยืนระดับพื้นที่ ซึ่งต่างมุ่งเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพชุมชนผ่านการกระจายอำนาจ การมีส่วนร่วมของท้องถิ่น และการบูรณาการนโยบายด้านสุขภาพเข้ากับการพัฒนาพื้นที่ในทุกมิติ

## 2. ระบบสุขภาพชุมชนเมือง (Urban Health)

### 2.1 สถานการณ์

การขยายตัวของเมืองอย่างรวดเร็วในประเทศไทยในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาได้ก่อให้เกิดความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพในเขตเมือง ซึ่งมีลักษณะแตกต่างจากพื้นที่ชนบททั้งในมิติด้านโครงสร้างประชากร รูปแบบการดำรงชีวิต ภาระโรค และการเข้าถึงบริการสุขภาพ รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดระบบสุขภาพชุมชนเมือง [3] พัฒนาชุดตัวชี้วัดและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ความเป็นเมืองสูง 26 จังหวัด กับพื้นที่กำลังพัฒนาสู่ความเป็นเมือง 51 จังหวัด ในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติในหลายมิติ

ด้านอนามัยแม่และเด็กในเขตเมืองมีสัดส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (ฝากครรภ์ล่าช้า) สูงกว่าพื้นที่กำลังพัฒนา มีอัตราการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุ 15–19 ปีสูงถึงร้อยละ 15.15 ซึ่งสูงกว่าพื้นที่กำลังพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่า และเด็กอายุ 5 ปีในพื้นที่ความเป็นเมืองสูงได้รับวัคซีนพื้นฐานไม่ครบถ้วนถึงร้อยละ 35.4 เทียบกับเพียงร้อยละ 17.9 ในพื้นที่กำลังพัฒนา ปรากฏการณ์นี้สะท้อนความไม่ต่อเนื่องของระบบติดตามและการขาดกลไกเชิงรุกในการดูแลประชากรเด็กในเขตเมืองที่มีการเคลื่อนย้ายสูง [1]

ด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) พื้นที่ความเป็นเมืองสูงมีสัดส่วนการคัดกรองเบาหวานที่ไม่ได้รับการตอบสนองในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปเฉลี่ยถึงร้อยละ 23.12 สูงกว่าพื้นที่กำลังพัฒนาที่มีร้อยละ 12.23 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนอัตราป่วยรายใหม่โรคเบาหวานในพื้นที่ความเป็นเมืองสูงอยู่ที่ 658.4 ต่อแสนประชากร สูงกว่าพื้นที่กำลังพัฒนา (560.5 ต่อแสนประชากร) นอกจากนี้ สัดส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่วัดความดันสม่ำเสมอแต่ควบคุมไม่ได้ (uncontrolled hypertension despite regular monitoring) ในพื้นที่ความเป็นเมืองสูงสูงถึงร้อยละ 51.1 ซึ่งสูงกว่าพื้นที่กำลังพัฒนา (ร้อยละ 38.7) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สะท้อนถึงความท้าทายเชิงระบบในการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตเมือง แม้จะมีทรัพยากรบริการหนาแน่นกว่า แต่กลับไม่สามารถแปลงเป็นผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีได้ ทั้งนี้ เขตเมืองเผชิญภาระโรคที่เชื่อมโยงกับวิถีชีวิตเมืองอย่างชัดเจน ได้แก่ การบริโภคอาหารแปรรูปและสำเร็จรูปที่มีแคลอรี น้ำตาล และเกลือสูง กิจกรรมทางกายที่ลดลงจากลักษณะงานที่นั่งนาน การพึ่งพารถยนต์แทนการเดินเท้า และความเครียดจากการเดินทางและสภาพแวดล้อมเมือง ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง [1]

นอกจากนี้ ความจำเป็นด้านสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนองในเขตเมืองมักมีสาเหตุจากระยะเวลารอคอยที่ยาวนาน ความแออัดของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ การจำกัดบริการอยู่ในเวลาราชการ และข้อจำกัดด้านเวลาของประชากรวัยทำงาน สะท้อนปัญหาเชิงโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพในเมืองที่ยังไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตคนเมือง [2]

ด้านโรคติดต่อและความรุนแรง พื้นที่ความเป็นเมืองสูงมีอัตราการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และไข้เลือดออกสูงกว่าพื้นที่กำลังพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอัตราการป่วยไข้เลือดออกที่สูงกว่าถึง 3.5 เท่า อันเป็นผลจากความท้าทายในการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงในพื้นที่ก่อสร้างและที่รกร้างจำนวนมาก นอกจากนี้ วัณโรคยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในพื้นที่เมืองที่มีประชากรหนาแน่น ชุมชนแออัด แรงงานข้ามชาติ และกลุ่มเปราะบาง ขณะที่จำนวนผู้ป่วยเด็กและเยาวชนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากการถูกทำร้ายในพื้นที่ความเป็นเมืองสูงสูงกว่าพื้นที่กำลังพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนความเปราะบางของโครงสร้างครอบครัวและระบบการดูแลเด็กในสังคมเมืองที่มีความกดดันสูง [1]

ด้านสุขภาพจิตและปัจจัยสังคม สภาพแวดล้อมเมืองส่งผลต่อสุขภาพจิตผ่านสองช่องทางหลัก ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การเผชิญความเครียดจากความรุนแรงหรือความยากจนเป็นเวลานาน และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ความไร้ระเบียบของพื้นที่และสภาพที่อยู่อาศัยที่ไม่เหมาะสม ทั้งสองช่องทางนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ขณะที่แม้เมืองจะมีผู้คนอาศัยอยู่หนาแน่น แต่หลายคนกลับรู้สึกโดดเดี่ยวทางสังคม (social isolation) เพราะขาดกลุ่มคนที่คอยช่วยเหลือและความผูกพันใกล้ชิด นอกจากนี้ สภาพที่อยู่อาศัยในชุมชนแออัดซึ่งมีผู้อาศัยในเขตเมืองเกือบ 900 ล้านคนทั่วโลก เพิ่มความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคติดเชื้อ ปัญหาสุขภาพจิต และความรุนแรงในครอบครัว [1] ในบริบทประเทศไทย หมวดสุขภาพจิต ยืนยันว่าความเสี่ยงทางสุขภาพจิตมีความแตกต่างตามบริบทและปัจจัยแวดล้อมซึ่งสภาพแวดล้อมเมืองเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิต [7] ตัวชี้วัดเชิงบวกเพียงตัวเดียวที่พื้นที่ความเป็นเมืองสูงทำได้ดีกว่าคือ คุณภาพการศึกษา สะท้อนให้เห็นว่าแม้เขตเมืองจะมีโครงสร้างพื้นฐานและทรัพยากรหนาแน่นกว่า แต่ประโยชน์ดังกล่าวยังไม่กระจายไปถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง [1]

**2.2 ช่องว่าง**

จากการวิเคราะห์พลวัตเชิงระบบด้วยแผนภาพวงจรเชิงสาเหตุ รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดระบบสุขภาพชุมชนเมือง [1] พบแม่แบบระบบ (System Archetypes) ที่เสริมแรงซึ่งกันและกัน 3 แบบ ซึ่งเป็นรากเหง้าของความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในเขตเมือง แบบแรกคือ ความสำเร็จตกแก่ผู้ประสบความสำเร็จ ที่ทำให้ทรัพยากรและโอกาสกระจุกตัวในกลุ่มที่ได้เปรียบทางสังคมและเศรษฐกิจอยู่แล้ว ส่งผลให้ช่องว่างระหว่างผู้ที่มีและไม่มีขยายกว้างขึ้นอย่างต่อเนื่อง แบบที่สองคือ การโยกภาระ ที่ทำให้ระบบมุ่งแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าด้วยวิธีเร่งด่วนแทนที่จะลงทุนแก้ไขที่รากเหง้าของปัญหาซึ่งต้องใช้เวลาและทรัพยากรมากกว่าแต่ให้ผลยั่งยืนกว่า และแบบที่สามคือ ขีดจำกัดของการเติบโตที่ทำให้แม้จะมีความพยายามพัฒนาก็ยังไม่สามารถก้าวข้ามข้อจำกัดเชิงโครงสร้างได้ เนื่องจากมีปัจจัยเชิงระบบที่คอยสกัดกั้นความก้าวหน้า ไม่ว่าจะเป็นข้อจำกัดด้านทรัพยากร นโยบาย หรือทัศนคติ นอกจากนี้ ผู้ปฏิบัติงานยังติดกับดักขีดความสามารถที่มุ่งทำงานหนักขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการข้อมูลเร่งด่วนโดยไม่ได้ปรับปรุงโครงสร้างระบบ ทำให้เกิดวงจรของความเชื่อมั่นที่เกินจริงในศักยภาพของระบบและสะสมภาระงานที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในมิติของระบบข้อมูล รายงานดังกล่าวชี้ให้เห็นช่องว่าง 5 ประการที่เป็นอุปสรรคต่อการสร้างความเป็นธรรมและการพัฒนาอย่างยั่งยืน ได้แก่ ระบบข้อมูลปัจจุบันยังไม่สามารถจับภาพความซับซ้อนและพลวัตของสุขภาพในเขตเมืองได้อย่างครบถ้วน ระบบข้อมูลยังคงอิงกับเขตการปกครองเป็นหลักซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดพื้นที่เมืองเชิงหน้าที่ (Functional Urban Area) การพึ่งพาการสำรวจเป็นหลักทำให้ข้อมูลมีความล่าช้าไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในบริบทเมือง การแยกส่วนของข้อมูลระหว่างหน่วยงาน

ต่างๆ ทำให้ภาพรวมของระบบสุขภาพชุมชนเมืองขาดความสมบูรณ์ และระบบข้อมูลยังขาดกลไกการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคมและชุมชนในการกำหนดความต้องการข้อมูลสุขภาพเมือง [1] ในมิติของความเป็นธรรมและการเข้าถึง ยังพบช่องว่างสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมโดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบางที่อาศัยอยู่ในเมือง ได้แก่ ชุมชนแออัด แรงงานนอกระบบ ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง และแรงงานข้ามชาติ ระบบบริการสุขภาพและการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพยังไม่ตอบสนองต่อปัญหา ความต้องการเฉพาะ และวิถีชีวิตของคนเมืองอย่างแท้จริง สภาพแวดล้อมในเขตเมืองยังขาดความสะอาด ปลอดภัย และไม่เอื้อต่อสุขภาวะของผู้คนที่หลากหลาย และโอกาสกับผลประโยชน์จากการพัฒนามักกระจุกตัวในกลุ่มที่ได้เปรียบอยู่แล้ว ทำให้เกิดช่องว่างของการเลื่อนชั้นทางสังคมและตอกย้ำความไม่เป็นธรรมในสังคมเมืองให้ลึกขึ้น [1]

รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดระบบสุขภาพชุมชนเมือง [1] เสนอแนวทางการทลายกับดักของระบบ 4 ประการ ได้แก่ การสร้างเมืองที่ครอบคลุม (Inclusive City) โดยปรับเปลี่ยนแนวทางการจัดสรรทรัพยากรและโอกาสให้เท่าเทียมขึ้น การบริหารเมืองแบบมีส่วนร่วม (Participatory Urban Governance) โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมตั้งแต่การระบุปัญหาถึงการประเมินผล การสนับสนุนการเลื่อนชั้นทางสังคม (Social Mobility) ผ่านการลงทุนระยะยาวในโครงสร้างพื้นฐานและสวัสดิการ และการขับเคลื่อนเศรษฐกิจนวัตกรรม (Innovative Economy) ที่เน้นการเติบโตแบบครอบคลุมผ่านแนวทาง BCG (เศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน และเศรษฐกิจสีเขียว: Bio-Circular-Green Economy) และ ESG (สิ่งแวดล้อม สังคม และธรรมาภิบาล: Environmental, Social and Governance) เพื่อสร้างช่องทางใหม่ในการกระจายความมั่งคั่งอย่างทั่วถึง

**2.3 ความเชื่อมโยงกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 และมติสมัชชาสุขภาพ**

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 หมวดระบบสุขภาพชุมชนเมือง ที่ครอบคลุมประเด็น 4 ด้าน ได้แก่ การสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มเปราะบาง การพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองความต้องการเฉพาะ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะ และการส่งเสริมนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม รวมทั้งสอดคล้องกับหมวดการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ เป้าหมายที่ 10 ที่กำหนดให้ระบบบริการสาธารณสุขรองรับความต้องการด้านสุขภาพสำหรับคนทุกกลุ่มอย่างเป็นธรรม และมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ มติ 8.3 ระบบสุขภาพเขตเมือง และ มติ 11.1 การร่วมสร้างสรรค์พื้นที่สาธารณะในเขตเมืองเพื่อสุขภาวะสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

## 3. ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

### 3.1 สถานการณ์

การบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่น การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบสุขภาพหลักถือเป็นยุทธศาสตร์สำคัญตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ [8] ได้ติดตามตัวชี้วัด 6 รายการ ตลอดปี พ.ศ. 2564–2568 พบพัฒนาการที่มีนัยสำคัญในหลายด้าน ดังนี้ด้านการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย พบว่าสัดส่วนผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

มีแนวโน้มทรงตัวอยู่ในระดับร้อยละ 20 โดยเฉลี่ย กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2564 อยู่ที่ร้อยละ 21.5 ปรับเพิ่มเล็กน้อยเป็นร้อยละ 21.8 ในปี พ.ศ. 2565 ก่อนจะลดลงเป็นร้อยละ 19.1 ในปี พ.ศ. 2566 และเพิ่มขึ้นอีกเล็กน้อยเป็นร้อยละ 20.2 และ 20.87 ในปี พ.ศ. 2567 และรอบ 9 เดือนของปี พ.ศ. 2568 ตามลำดับ สะท้อนว่าการเข้าถึงบริการยังคงอยู่ในระดับคงที่ แม้จะมีความผันผวนเล็กน้อยในแต่ละปี ด้านงบประมาณสนับสนุน สปสช. ได้จัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวด้านแพทย์แผนไทยเติบโตขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 17.90 บาทต่อผู้มีสิทธิในปี พ.ศ. 2564 เป็น 31.90 บาทต่อผู้มีสิทธิในปี พ.ศ. 2568 [8] ด้านยาสมุนไพรและงบประมาณวิจัย จำนวนรายการยาจากสมุนไพรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 ถึงปี พ.ศ. 2568 มีการเพิ่มขึ้นรวม 34 รายการ จากเป้าหมายที่กำหนดให้เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า 50 รายการภายในปี พ.ศ. 2570

ในทางตรงกันข้าม งบประมาณสำหรับการวิจัยและพัฒนาด้านสมุนไพรของกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) และกองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย (สกท.) กลับมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากกว่า 1,000 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2564 เหลือเพียง 309.4 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2568 ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนถึงความเสี่ยงต่อความต่อเนื่องในการพัฒนาหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับการใช้ยาสมุนไพร [8] ด้านฐานทรัพยากร จำนวนป่าชุมชนมีแนวโน้มค่อนข้างทรงตัว โดยอยู่ที่ 11,327 แห่งในปี พ.ศ. 2564 และ 11,192 แห่งในปี พ.ศ. 2568 ซึ่งยังห่างจากเป้าหมาย 15,000 แห่งภายในปี พ.ศ. 2570 อีกกว่า 3,808 แห่ง ในระยะเวลาเพียง 2 ปี ซึ่งมีความเป็นไปได้ต่ำมากที่จะบรรลุเป้าหมาย ส่วนพื้นที่ปลูกสมุนไพรที่ได้มาตรฐาน GAP และมาตรฐานเกษตรอินทรีย์ขยายตัวสูงขึ้นโดยรวมเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2565 รวม 1,469,015.68 ไร่ ในปี พ.ศ. 2568 แต่ตัวเลขยังผันผวนขึ้นลงตามแรงจูงใจด้านนโยบายและกลไกตลาด สะท้อนให้เห็นว่าการขยายตัวดังกล่าวยังขาดความมั่นคงและยั่งยืน [8]

**3.2 ช่องว่าง**

รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพ หมวดการส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ [8] ระบุช่องว่างสำคัญที่ยังต้องได้รับการแก้ไขในหลายมิติดังนี้

ประการแรก แม้งบประมาณเหมาจ่ายรายหัวด้านแพทย์แผนไทยจะเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง แต่อัตราการเข้าถึงบริการกลับทรงตัวที่ร้อยละ 20 มาหลายปี สะท้อนว่าความเชื่อมโยงระหว่างงบประมาณกับผลลัพธ์ยังไม่ชัดเจน และงบประมาณที่เพิ่มขึ้นยังไม่ได้แปลงเป็นคุณภาพบริการหรือผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น ปัญหานี้อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านกำลังคน โดยการกระจายตัวของแพทย์แผนไทยในแต่ละจังหวัดยังมีความแตกต่างกันสูง และสัดส่วนผู้ที่ได้รับใบอนุญาตวิชาชีพส่วนใหญ่มักต่ำกว่าร้อยละ 50 ซึ่งส่งผลต่อศักยภาพในการให้บริการ นอกจากนี้ ยังพบข้อจำกัดด้านทัศนคติของแพทย์แผนปัจจุบันต่อการบูรณาการการแพทย์แผนไทยเข้ากับระบบบริการ และการขาดการบูรณาการเข้ากับระบบสุขภาพปฐมภูมิอย่างเป็นรูปธรรม รวมถึงยังต้องการกลไกเพิ่มเติม เช่น การกำหนดกลุ่มโรคหรือกลุ่มยาที่รักษาได้ด้วยการแพทย์แผนไทย และการพัฒนาสมรรถนะผู้สั่งจ่ายยา [8]

ประการที่ 2 ด้านยาสมุนไพร แม้จะมีความก้าวหน้า แต่ยังต้องพัฒนายาเพิ่มอีก 16 รายการภายใน 2 ปีเพื่อบรรลุเป้าหมาย 50 รายการในปี พ.ศ. 2570 ที่สำคัญกว่านั้น แม้ยาจะเข้าสู่บัญชียาหลักแล้ว แต่ยังขาดข้อมูลการใช้ประโยชน์จริงในระบบบริการสุขภาพ งบประมาณวิจัยที่ลดลงอย่างรวดเร็วสะท้อนปัญหาเชิงโครงสร้างและการขาดความต่อเนื่องของการสนับสนุนนโยบาย ขณะที่ระบบตัวชี้วัดยังขาดการวัดผลว่างานวิจัยถูกนำไปใช้ประโยชน์จริงหรือไม่ และไม่สะท้อนประสิทธิภาพการใช้งบประมาณ [8]

ประการที่ 3 ด้านฐานทรัพยากร ข้อมูลป่าชุมชนที่มีในปัจจุบันเป็นเพียงจำนวนป่าชุมชนรวมทั้งหมด ยังไม่มีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับด้านสมุนไพรแยกไว้เฉพาะ จึงไม่สะท้อนว่าป่าชุมชนเหล่านั้นนำสมุนไพรไปใช้เพื่อการดูแลสุขภาพจริงหรือไม่ ระบบการผลิตสมุนไพรตามมาตรฐาน GAP และเกษตรอินทรีย์ยังไม่มีความมั่นคง ผันผวนตามนโยบายและกลไกตลาด เนื่องจากขาดระบบตลาดกลาง ราคากลาง และมาตรฐานวัตถุดิบที่ชัดเจน และความรอบรู้ด้านภูมิปัญญาสุขภาพของประชาชนในปัจจุบันยังวัดแค่การเข้าถึงข้อมูล แต่ยังไปไม่ถึงระดับการนำมาใช้จริงในมิติสุขภาพ [8]

**3.3 ความเชื่อมโยงกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 และมติสมัชชาสุขภาพ**

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 หมวดการส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ กำหนดเป้าหมายให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพในระบบการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยมีคุณภาพและมาตรฐานควบคู่กับระบบบริการการแพทย์แผนปัจจุบัน มีระบบและกลไกที่เข้มแข็งในการคุ้มครองสมุนไพรไทยและภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในทุกระดับ มีการเพิ่มรายการยาไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ และมีการพัฒนาระบบยาไทยและแหล่งวัตถุดิบสมุนไพรอย่างเป็นระบบเพื่อเพิ่มการพึ่งตนเองด้านยาของประเทศ รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรเพื่อพัฒนาภูมิปัญญาและโครงสร้างพื้นฐาน สอดคล้องกับหมวด การผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ที่กำหนดให้มีบุคลากรด้านแพทย์แผนไทยที่เพียงพอและมีมาตรฐาน รวมถึง มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ มติ 2.7 การพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้เป็นระบบบริการสุขภาพหลักคู่ขนานกับการแพทย์ปัจจุบัน มติ 6.8 การปฏิรูประบบสุขภาพภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย และมติ 17.2 การท่องเที่ยวแนวใหม่ที่เชื่อมโยงอัตลักษณ์ท้องถิ่นและสมุนไพร [8]

## 4. ระบบบริการสุขภาพ

**4.1 สถานการณ์**

**ด้านบริการสาธารณสุขและการการควบคุมคุณภาพ**

ระบบบริการสาธารณสุขไทยมีพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง โดยรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2569) พบว่า ภาพรวมของประชากรที่มีความจำเป็นด้านสุขภาพ แต่ไม่ได้รับการตอบสนอง (Unmet Health Needs) มีแนวโน้มลดลงในระยะยาว อย่างไรก็ตาม การบริการผู้ป่วยนอกกลับมีแนวโน้มตัวเลขความไม่ได้รับการตอบสนองเพิ่มขึ้นสูงสุดในรอบ 10 ปี ในปี พ.ศ. 2566 สาเหตุหลักที่ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ คือ คิวยาว รอนาน ไม่มีเวลา และเดินทางไม่สะดวก สำหรับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน อัตราการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตเพิ่มขึ้น จนผ่านเกณฑ์เป้าหมาย (ร้อยละ 34.45 ในปี พ.ศ. 2568) แต่บางปีมีการชะลอตัว สะท้อนถึงความท้าทายด้านกำลังคน ระบบการคัดแยกผู้ป่วย และความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการในบางพื้นที่ ในมิติคุณภาพบริการ ความไว้วางใจของประชาชนต่อโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน HA มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง บรรลุค่าเป้าหมาย อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลในกลุ่ม รพศ./รพท. อยู่ในเกณฑ์ที่ผ่านค่าเป้าหมาย ขณะที่ตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ

การใช้ยาอย่างสมเหตุผล และร้อยละอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์ทางการแพทย์ โดยสรุปแสดงให้เห็นว่าระบบบริการสาธารณสุขไทยยังเผชิญความท้าทายสำคัญในด้านการเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง การควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การใช้ยาอย่างสมเหตุผล การยกระดับมาตรฐานสถานพยาบาล และความปลอดภัยของผู้ป่วย [2]

**ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ** จากรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการผลิตและการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ [5] พบว่า ศักยภาพการผลิตบุคลากรด้านสุขภาพของประเทศเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ โดยภาคเอกชนมีบทบาทผลิตบุคลากรมากขึ้น โดยเฉพาะในสายงานพยาบาลและสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ยังคงมีความไม่เท่าเทียมกันในการกระจายบุคลากรทางภูมิศาสตร์ (Geographical mal-distribution) ฐานข้อมูลทะเบียนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพของสภาวิชาชีพไม่สามารถบอกได้ชัดเจนว่าบุคลากรยังประกอบวิชาชีพอยู่หรือไม่หรือทำงานอยู่ที่ไหน นอกจากนี้ สภาวิชาชีพ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานผลิต (เช่น กระทรวง อว.) ต่างมีฐานข้อมูลของตนเอง ขาดมาตรฐานร่วมกัน ทำให้ขาดการเชื่อมโยงข้อมูล ขณะที่กลไกอภิบาลระดับชาติ (คณะกรรมการปฏิรูปกำลังคนด้านสุขภาพ) ทำหน้าที่เพียงให้คำปรึกษา และขาดอำนาจบังคับใช้ [5]

**ด้านการเงินการคลังด้านสุขภาพ**

รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการเงินการคลังด้านสุขภาพ [6] วิเคราะห์ตามเป้าประสงค์ S-A-F-E พบว่า การคลังสุขภาพมีแนวโน้มลงทุนได้อย่างยั่งยืน แต่รายจ่ายภาครัฐด้านสุขภาพยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่คาดหวัง ในขณะที่รายจ่ายนอกภาครัฐ เช่น ประกันสุขภาพภาคเอกชน กลับสูงขึ้น กลุ่มคนจนยังคงได้รับประโยชน์จากการอุดหนุนของรัฐมากกว่ากลุ่มคนรวย ยังมีความเหลื่อมล้ำทั้งภายในและระหว่างระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบ ได้แก่ ความแตกต่างด้านอัตราการจ่ายชดเชย การกำหนดบัญชียา และนโยบายร่วมจ่าย มีเพียงแรงงานข้ามชาติที่อยู่ในระบบการจ้างงานที่เป็นทางการเท่านั้นที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ [6]

**ด้านระบบบริการสุขภาพจิต**

รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดสุขภาพจิต ระบุว่า ระบบบริการสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิยังขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง ได้แก่ นักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และจิตแพทย์ และระบบบริการยังไม่สามารถรองรับผู้รับบริการจำนวนมากได้ โดยเฉพาะในชุมชนห่างไกล [7]

**4.2 ช่องว่าง**

จากการทบทวนรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทยทั้ง 4 หมวดที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้น พบช่องว่างสำคัญที่ยังต้องได้รับการแก้ไขในหลายมิติ ดังนี้

ด้านบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ ตัวชี้วัด Unmet Health Needs ที่ใช้ในปัจจุบันวัดเพียงว่าประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้หรือไม่ แต่ไม่สะท้อนว่าบริการที่ได้รับนั้นมีคุณภาพหรือไม่ นอกจากนี้ ข้อมูลการแพทย์ฉุกเฉินวัดผลเฉพาะผู้ที่ผ่านระบบสายด่วน EMS เท่านั้น ไม่ครอบคลุมผู้ป่วยฉุกเฉินที่เดินทางมาด้วยตนเอง และยังขาดการวิเคราะห์เชิงพื้นที่เพื่อสะท้อนความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการระหว่างพื้นที่ [2]

ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ พบว่า ฐานข้อมูลทะเบียนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพของสภาวิชาชีพไม่สามารถบอกได้ชัดเจนว่าบุคลากรยังประกอบวิชาชีพอยู่หรือไม่ (Active status) หรือทำงานอยู่ที่ไหน เนื่องจากสภา

วิชาชีพ กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานผลิตบุคลากร (กระทรวง อว.) ต่างมีฐานข้อมูลของตนเอง ขาดมาตรฐานร่วมกัน ทำให้การเชื่อมโยงข้อมูลอุดตัน ในขณะที่กลไกอภิบาลระดับชาติ ได้แก่ คณะกรรมการปฏิรูปกำลังคนด้านสุขภาพ ทำหน้าที่เพียงให้คำปรึกษา ขาดอำนาจบังคับใช้ที่แท้จริง ส่งผลให้มาตรการกระจายบุคลากรไปยังพื้นที่ขาดแคลนยังไม่บรรลุผลเท่าที่ควร ความไม่เท่าเทียมกันในการกระจายบุคลากรทางภูมิศาสตร์ (Geographical mal-distribution) จึงยังคงปรากฏอยู่ [5]

ด้านการเงินการคลังด้านสุขภาพ พบว่า ความเหลื่อมล้ำทั้งภายในและระหว่างระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ ทั้ง 3 ระบบ ยังคงเป็นปัญหาสำคัญ โดยเฉพาะด้านอัตราการจ่ายชดเชย การกำหนดบัญชียา และนโยบายร่วมจ่ายที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ มีเพียงแรงงานข้ามชาติที่อยู่ในระบบการจ้างงานที่เป็นทางการเท่านั้น ที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพภาคบังคับ ส่วนแรงงานข้ามชาตินอกระบบและผู้ไม่มีเลข 13 หลักยังตกหล่นจากหลักประกันสุขภาพ เป็นผลให้กลุ่มเหล่านี้ ต้องพึ่งพาระบบประกันสุขภาพภาคสมัครใจหรือกองทุนขนาดเล็กที่ไม่ยั่งยืน [6]

ด้านระบบบริการสุขภาพจิต รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพ หมวดสุขภาพจิต ระบุว่า ระบบบริการสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิยังขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง ทั้งนักจิตวิทยา นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และจิตแพทย์ ส่งผลให้ระบบบริการไม่สามารถรองรับผู้รับบริการจำนวนมากได้ โดยเฉพาะในชุมชนห่างไกล [7]

### 4.4 ความเชื่อมโยงกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 และมติสมัชชาสุขภาพ

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 หมวดการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ หมวดการผลิตและการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ หมวดการเงินการคลังด้านสุขภาพ และหมวด สุขภาพจิต

## 5. ระบบสุขภาพดิจิทัลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Digital Health and Health Literacy)

### 5.1 สถานการณ์

จากการสำรวจการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพของคนไทย ปี พ.ศ. 2566 โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และรายงาน สุขภาพคนไทย 2567 [6] พบว่า การบริการสุขภาพทางไกลหรือ Telemedicine เริ่มเข้ามามีบทบาทสำคัญ โดยประมาณ 1 ใน 3 ของคนไทย หรือคิดเป็นร้อยละ 33.1 เคยใช้บริการปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรทางไกล เหตุผลหลักที่ประชาชนเลือกใช้บริการ คือ ความสะดวกและประหยัดเวลา (ร้อยละ 69.1) ตามมาด้วยความต้องการลดความเสี่ยงจากการเดินทางไปโรงพยาบาล (ร้อยละ 43.1) อย่างไรก็ตาม กลุ่มประชากรส่วนใหญ่ที่ยังไม่เคยใช้บริการสุขภาพทางไกลให้เหตุผลสำคัญว่าต้องการได้รับการตรวจร่างกายกับแพทย์โดยตรง (ร้อยละ 51.2) มีกลุ่มที่ยังไม่รู้จักบริการนี้ (ร้อยละ 23.3) และกลุ่มที่มองว่าอาการป่วยของตนไม่รุนแรงพอที่จะต้องใช้บริการ (ร้อยละ 20.9) ในด้านการรองรับวิกฤต รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ [6] ระบุว่า มีการขยายบริการสุขภาพทางไกล เพื่อรองรับผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจาก PM2.5 โดยมีผู้ใช้บริการกว่า 130,000 คน (กว่า 430,000 ครั้ง) ภายในต้นปี พ.ศ. 2568 ข้อมูลนี้ สะท้อนให้เห็นศักยภาพของ Digital Health ในการรับมือกับวิกฤตสุขภาพสิ่งแวดล้อม สำหรับในระดับนโยบาย ประเทศไทยขับเคลื่อนนโยบาย “ยกระดับ 30 บาทรักษาทุกที่ด้วยบัตรประชาชนใบเดียว” โรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital) ระบบข้อมูลผู้ให้บริการ (Provider ID) ระบบนัดหมาย และใบรับรองแพทย์อิเล็กทรอนิกส์ ด้านสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2568) ระบุว่ามีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น สื่อออนไลน์ สายด่วน

1323 และ LINE Official ช่วยให้กลุ่มเปราะบางเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้อย่างทันท่วงที นอกจากนี้ สถานภาพความรอบรู้ดิจิทัล (Digital Literacy) ของประชาชนไทยมีคะแนนเฉลี่ย 74.4 คะแนน จัดอยู่ในระดับดี อย่างไรก็ตาม ยังพบช่องว่างสำคัญด้านโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลและการบูรณาการระหว่างหน่วยงานสุขภาพกับหน่วยงานดิจิทัล

สำหรับด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) นั้น ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 กำหนดเป้าหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มุ่งให้ประชาชนมีขีดความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลไปใช้ตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพได้ รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพ หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ [4] พบว่า อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ในปี พ.ศ. 2566 ประชาชนไทยส่วนใหญ่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่น่าพอใจ แต่อีกด้านหนึ่งยังพบว่าประชาชนร้อยละ 19.05 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ สะท้อนว่ายังมีช่องว่างด้านศักยภาพในการเข้าถึงและใช้ข้อมูลสุขภาพของประชาชนบางกลุ่มกลไกองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization: HLO) ขยายตัวอย่างรวดเร็วจากหลักร้อยแห่งเป็นกว่า 6,000 แห่ง ในปี พ.ศ. 2566 และมีการตั้งเป้าให้หน่วยบริการกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ระดับสูง 876 แห่ง ในปี พ.ศ. 2568 สะท้อนความก้าวหน้าในการขับเคลื่อนนโยบายระดับองค์กร อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าสถานการณ์ในประเทศไทยเผยให้เห็นความย้อนแย้งระหว่าง “ความรู้” และ “พฤติกรรม” กล่าวคือ ผลสำรวจระดับความรอบรู้อาจอยู่ในเกณฑ์ดี แต่พฤติกรรมเสี่ยงยังคงสูง ความรอบรู้เฉพาะโรคยังต่ำในบางกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยเบาหวานมีความรอบรู้เกี่ยวกับโรค เพียงร้อยละ 55.6 และผู้บริโภคทั่วไปมีความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพอยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง [9] ในด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ พบว่า ด้านฐานข้อมูลแจ้งเตือนภัย แม้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะมีการพัฒนาระบบแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพหลายช่องทาง เช่น กรมวิทย์ With You, Safety Alert อย.แจ้งเตือนภัย และ OCPB Connect Application ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงและตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีปัญหาได้ แต่การแจ้งเตือนภัยส่วนใหญ่ยังเป็นเชิงรับ คือแจ้งเตือนภายหลังจากที่มีปัญหาเกิดขึ้นกับผู้บริโภคแล้ว และยังขาดการเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่างๆ ให้สามารถสนับสนุนและใช้ประโยชน์ร่วมกันได้อย่างเป็นระบบ [10]

**5.2 ช่องว่าง**

รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพ หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ และหมวดการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ ระบุช่องว่างสำคัญดังนี้

ด้าน Digital Health พบว่า เทคโนโลยีบางอย่าง เช่น ระบบ School Health HERO ต้องพึ่งพาอินเทอร์เน็ตความเร็วสูง ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการของโรงเรียนขนาดเล็กหรือพื้นที่ห่างไกล สะท้อนปัญหาเชิงโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลและการบูรณาการระหว่างหน่วยงานสุขภาพกับหน่วยงานดิจิทัลที่ยังขาดความสมบูรณ์ [9] ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบช่องว่างสำคัญ 4 ประการ คือ ประการแรก การประเมินผลผ่านแบบสอบถาม (Self-report) อาจไม่ได้สะท้อนพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้นจริงเสมอไป ประการที่สอง การขับเคลื่อน HLO ในปัจจุบันยังเน้นที่ “จำนวน” หน่วยงานที่เข้าร่วมโครงการ แต่ยังขาดกลไกประเมิน “คุณภาพ” ของการเป็น HLO ที่เชื่อมโยงกับประสบการณ์จริงของผู้รับบริการ ประการที่สาม การสื่อสารในระดับพื้นที่ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และมีความเหลื่อมล้ำในการรับรู้ข้อมูล (Information Inequality) ในพื้นที่ห่างไกล และประการที่สี่ ด้านระบบการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพพบว่า ฐานข้อมูลแจ้งเตือนภัย แม้จะมีระบบและแอปพลิเคชัน

หลายช่องทาง แต่ข้อมูลแจ้งเตือนยังไม่ทันต่อสถานการณ์ปัญหาหรือโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เปลี่ยนแปลงรวดเร็ว และระบบฐานข้อมูลของแต่ละหน่วยงานยังขาดการเชื่อมโยงกัน ทำให้ไม่สามารถป้องกันภัยได้อย่างทันท่วงที [4, 9]

**5.3 ความเชื่อมโยงกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 และมติสมัชชาสุขภาพ**

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 ได้กำหนดเป้าหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพ ไว้ในหมวด การสร้างเสริมสุขภาพ พร้อมมาตรการสนับสนุนให้เกิด HLO และการพัฒนาช่องทางการสื่อสารที่ทันสมัย สอดคล้องกับ หมวด การส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก หมวดการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และ หมวดสุขภาพจิต ที่กำหนดให้มีระบบการสื่อสารและให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ประชาชนในทุกมิติ และมติสมัชชาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ มติ 1.9 ผลกระทบจากสื่อต่อเด็ก เยาวชนและครอบครัว มติ 4.5 การจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหาร และผลิตภัณฑ์สุขภาพทางวิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต มติ 6.6 การกำกับดูแลสื่อและการสื่อสารการตลาดของผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มติ 8.4 นโยบายการลดบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลด NCDs มติ 11.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อ มติ 12.4 การจัดการเชิงระบบสู่ประเทศใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง มติ 14.3 การจัดการการสื่อสารอย่างมีส่วนร่วมในวิกฤตสุขภาพ และมติ 15.2 การขับเคลื่อนแพลตฟอร์มเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลสถิติการออกกำลังกายและการเล่นกีฬาของประชาชนภายใต้แนวคิดโมเดลเศรษฐกิจสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

## 6. ระบบสุขภาพชายแดน ประชากรข้ามชาติและและบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

### 6.1 สถานการณ์

จากการทบทวนการทบทวนวรรณกรรมระบบสุขภาพชายแดนที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ พบ 3 สถานการณ์หลัก ดังนี้

**2. ภาระทางการเงินการคลังจากบริการฉุกเฉินวิกฤตและโรคค่าใช้จ่ายสูงในประชากรข้ามชาติและผู้ลี้ภัย**

ประเทศไทยมีประชากรที่ไม่มีสัญชาติไทยอาศัยอยู่ประมาณ 4.9 ล้านคน ซึ่งรวมถึงแรงงานข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียนถูกต้องประมาณ 3.2 ล้านคน แต่ยังคงมีกลุ่มที่ตกหล่นจากระบบประกันสุขภาพเป็นจำนวนมาก เช่น แรงงานที่ลักลอบเข้าเมืองกว่า 8 แสนคน ผู้ลี้ภัยในเขตเมือง (Urban Refugees) กว่า 5,000 คนในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล รวมถึงนักท่องเที่ยวต่างชาติ [11] เมื่อประชากรเหล่านี้เกิดการเจ็บป่วย โดยเฉพาะในภาวะฉุกเฉินวิกฤต หรือป่วยด้วยโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูง เช่น โรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโรคระบาดอุบัติใหม่ สถานพยาบาลของรัฐในพื้นที่ชายแดนและเขตเมืองมีความจำเป็นต้องให้การรักษาตามหลักสิทธิมนุษยชนและพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2559 ที่ไม่อนุญาตให้ปฏิเสธผู้ป่วยฉุกเฉิน [11]

ข้อมูลระหว่างปี พ.ศ. 2561 – 2566 พบว่ามีประชากรต่างด้าวและบุคคลที่มีปัญหาสถานะเข้ามารับบริการฉุกเฉินวิกฤต (UCEP) ถึง 9,823 ครั้ง (สัดส่วนสูงสุดคือชาวเมียนมา ร้อยละ 58.80 รองลงมาคือกัมพูชาและลาว) สร้างต้นทุนค่าบริการรวมกว่า 25.5 ล้านบาท ทว่าสถานพยาบาลสามารถเรียกเก็บเงินคืนจากผู้ป่วยได้เพียงจำนวนน้อยมาก ยิ่งไปกว่านั้น กลุ่มผู้ลี้ภัยและแรงงานผิดกฎหมายมักมีความหวาดกลัวการถูกจับกุมและข้อจำกัดทางการเงิน จึงมัก

หลีกเลี่ยงการไปโรงพยาบาลจนกว่าอาการจะทรุดหนักเข้าขั้นวิกฤต ซึ่งส่งผลให้ต้นทุนในการรักษาพยาบาลสูงขึ้นทวีคูณ [11] ในส่วนของโรคติดต่อ การที่กองทุนโลก (Global Fund) ลดการสนับสนุนงบประมาณด้านเอชไอวี/เอดส์ยิ่งผลักภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยต่างด้าวที่ตกหล่นจากระบบกลับมาสู่โรงพยาบาลของรัฐโดยตรง [12] นอกจากนี้ในจังหวัดท่องเที่ยวขนาดใหญ่ โรงพยาบาลยังต้องแบกรับหนี้สูญจากนักท่องเที่ยวต่างชาติที่ไม่มีประกันสุขภาพถึงปีละ 300–400 ล้านบาท จากค่าใช้จ่ายที่ไม่สามารถเรียกเก็บจากผู้ป่วยต่างชาติได้ สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนปัญหาการจัดเก็บรายได้ที่ไม่สอดคล้องกับต้นทุนจริง ทั้งยังชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเชิงโครงสร้างในการสร้างแหล่งรายได้ใหม่ที่มีความมั่นคงมากขึ้น เช่น การจัดเก็บค่าธรรมเนียมนักท่องเที่ยว เพื่อให้รัฐสามารถลดการพึ่งพางบประมาณแผ่นดิน และเพิ่มความยั่งยืนของระบบการคลังสุขภาพโดยรวม [11]

**2. ประเด็นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และอนามัยโรงเรียนในกลุ่มเด็กต่างด้าว**

อัตราการเกิดของเด็กต่างด้าวในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยคาดการณ์ว่ามีเด็กต่างด้าวประมาณ 250,000 คน แต่มีเพียงราว 70,000 คนเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงสิทธิประกันสุขภาพ [13] แม้ว่านโยบายรัฐบาลไทยจะอนุญาตให้เด็กต่างด้าวเข้าเรียนในโรงเรียนรัฐบาลและสนับสนุนค่าใช้จ่ายรายหัวเทียบเท่าเด็กไทย ซึ่งทำให้เด็กกลุ่มนี้ได้รับการดูแลด้านอนามัยโรงเรียนและได้รับวัคซีนพื้นฐานอย่างครบถ้วนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ในความเป็นจริง เด็กต่างด้าวจำนวนมาก (มากกว่าเด็กในโรงเรียนรัฐเกือบสามเท่า) ถูกส่งไปเรียนในศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต (Migrant Learning Centers - MLCs) เนื่องจากผู้ปกครองต้องการให้บุตรหลานเรียนภาษาและหลักสูตรของประเทศต้นทาง หรือผู้ปกครองไม่มีเอกสารทางกฎหมายจึงกลัวการส่งลูกเข้าโรงเรียนไทย [14]

ศูนย์ MLCs ส่วนใหญ่มีสภาพแวดล้อมที่แออัด ไม่ถูกสุขลักษณะ ไม่มีโครงการอาหารกลางวันหรือนมโรงเรียน และขาดการตรวจสุขภาพอย่างเป็นระบบ เช่น เด็กมีโอกาสได้รับวัคซีนครบถ้วนน้อยกว่าเด็กไทยถึงร้อยละ 73.6 อีกทั้งบริการทันตกรรมถือเป็นบริการที่เด็กต่างด้าวเข้าถึงได้น้อยมากทั้งในโรงเรียนรัฐและในศูนย์ฯ โดยมีโอกาสได้รับบริการสม่ำเสมอน้อยกว่าเด็กไทยถึงร้อยละ 80 เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณที่มักสงวนไว้สำหรับเด็กไทยเป็นหลัก [14]

**3. ประเด็นการสื่อสารความเสี่ยงสุขภาพและผลกระทบในภาวะวิกฤตโรคระบาด (กรณีโควิด-19)**

สถานการณ์ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประชากรข้ามชาติเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรง เนื่องจากสภาพความเป็นอยู่และที่พักอาศัยที่แออัด เช่น ในชุมชนแออัดและแคมป์ก่อสร้าง ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรการรักษาระยะห่าง หรือแยกกักตัว (Home Isolation) ได้จริง ผลกระทบทางเศรษฐกิจทำให้แรงงานข้ามชาติจำนวนมากตกงาน วีซ่าหรือใบอนุญาตทำงานหมดอายุ ส่งผลให้กลายเป็นแรงงานผิดกฎหมายที่หลุดออกจากระบบประกันสังคมและประกันสุขภาพโดยอัตโนมัติ และมักถูกปฏิเสธการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลเพราะปัญหาด้านค่าใช้จ่าย การเข้าถึงข้อมูลและการคัดกรองโรคเป็นไปได้ยากมาก เนื่องจากแพลตฟอร์มการลงทะเบียนออนไลน์ของรัฐบังคับใช้เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ทำให้แรงงานข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธุ์ไม่สามารถลงทะเบียนตรวจโควิด-19 หรือรับวัคซีนได้ ด้านการสื่อสารความเสี่ยง ภาครัฐต้องพึ่งพาเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนและอาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) ในการแปลข้อมูลและลงพื้นที่สื่อสาร รวมไปถึงการใช้สื่อสังคมออนไลน์ เช่น Facebook เป็นช่องทางหลัก อย่างไรก็ตาม ข้อมูลส่วนใหญ่ยังคงเข้าไม่ถึงแรงงานที่อยู่นอก

ระบบ แรงงานรายวัน หรือแรงงานที่อาศัยในชนบทห่างไกล ซึ่งเข้าไม่ถึงเทคโนโลยีและอ่านหนังสือไม่ออกแม้แต่ภาษาของตนเอง [15]

**4. ความผันผวนทางภูมิรัฐศาสตร์และผลกระทบต่อระบบสุขภาพชายแดน**

ตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 18 มติที่ 18.2 ว่าด้วยระบบสุขภาพเชิงรุกท่ามกลางความผันผวนทางภูมิรัฐศาสตร์ (28 พฤศจิกายน 2568) รายงานว่า ปัจจุบันประชาคมโลกกำลังเผชิญกับความผันผวนทางภูมิรัฐศาสตร์ (geopolitical turbulence) ที่รุนแรงที่สุดในรอบหลายสิบปี สภาวะที่ไม่แน่นอนนี้มีสาเหตุสำคัญมาจากการแข่งขันของประเทศมหาอำนาจที่เปลี่ยนเศรษฐกิจและเทคโนโลยีให้กลายเป็นอาวุธในการต่อสู้ จนเกิดเป็นสงครามการค้าและการแบ่งค่ายทางเทคโนโลยีอย่างชัดเจน ปัญหาเหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างโดดเดี่ยว แต่กลับเชื่อมโยงและส่งผลกระทบต่อกันจนเกิดเป็นภาวะวิกฤตซ้อนวิกฤตที่สั่นคลอนความมั่นคงของประเทศในหลายด้านพร้อมกัน ไม่ว่าจะเป็นความมั่นคงทางพลังงาน ความมั่นคงทางอาหาร หรือความมั่นคงทางสุขภาพ โดยเฉพาะผลกระทบในพื้นที่ชายแดน ทั้งด้านการคลัง ด้านสาธารณสุข และเศรษฐกิจที่เชื่อมโยงกันทุกมิติบนฐานคิดความมั่นคงแบบองค์รวม (comprehensive security) ซึ่งมองความมั่นคงของชาติรอบด้าน และไม่จำกัดเพียงมิติด้านการทหาร

กรอบการทำงานเชิงรับในปัจจุบันได้สร้างวงจรที่เรียกว่า “วิกฤต-ตอบสนอง-ละเลย” (crisis-response-neglect) กล่าวคือ เมื่อเกิดวิกฤต สังคมจะระดมพลังและทรัพยากรทั้งหมดเพื่อตอบสนองอย่างเต็มที่ แต่เมื่อสถานการณ์คลี่คลาย ความสนใจก็จะจางหายไป ทำให้การลงทุนเชิงป้องกันสำหรับอนาคตในระยะยาวถูกพักไว้ มติฯ ชี้ให้เห็นว่า ประเทศไทยดำเนินนโยบายที่มุ่งแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเพียงอย่างเดียว ทำให้ติดอยู่กับการจัดการวิกฤต โดยมีสาเหตุหลักจากช่องว่างเชิงโครงสร้างและการพึ่งพาความสามารถเฉพาะตัวของบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ชายแดน ซึ่งนำไปสู่การทำงานในพื้นที่สีเทา (grey zone) ที่บีบให้บุคลากรต้องหาช่องทางทำงานนอกกรอบกติกาเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้า การปล่อยให้พื้นที่สีเทาคงอยู่ต่อไปนั้นเป็นอันตรายอย่างยิ่ง เพราะแม้จะแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ แต่ก็ต้องแลกมาด้วยต้นทุนที่สูงในระยะยาว ได้แก่ ประการแรก การพึ่งพาฮีโร่ที่ไม่ยั่งยืน เนื่องจากการ ทำงานนอกกรอบต้องอาศัยความสามารถและความทุ่มเทของบุคลากรเพียงไม่กี่คน ประการที่สอง บุคลากรเกิดภาวะหมดไฟและอาจตัดสินใจออกจากระบบ และประการที่สาม ระบบที่พึ่งพาความสามารถเฉพาะตัวของบุคลากรขาดการเรียนรู้และขยายผลหรือส่งต่อมาตรฐาน เมื่อระบบไม่เรียนรู้ก็เท่ากับติด อยู่กับที่และเสื่อมถอยลงอย่างช้าๆ จนความไร้ประสิทธิภาพกลายเป็นเรื่องปกติใหม่ (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 18, 2568)

สำหรับกรณีศึกษาในพื้นที่ชายแดน มติฯ ได้นำเสนอบริบทที่แตกต่างกันอย่างชัดเจนใน 2 พื้นที่ ได้แก่ ชายแดนไทย-เมียนมา มีรากฐานจากความขัดแย้งภายใน (ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564) ที่นำไปสู่การล่มสลายของระบบสาธารณสุขเพื่อนบ้าน โดยโรงพยาบาลและคลินิกกว่า 445 แห่งถูกทำลาย สร้างภาวะความต้องการด้านสุขภาพครั้งใหญ่ และผลักดันให้ประชากรข้ามชาติ (แรงงาน 2.3 ล้านคน และผู้อพยพประมาณ 1.3 ล้านคน) ต้องพึ่งพาบริการสุขภาพในไทย ขณะที่ชายแดนไทย-กัมพูชา มีรากฐานจากความเชื่อมโยงทางเศรษฐกิจที่ลึกซึ้งและการพึ่งพาซึ่งกันและกัน โดยมีค่าใช้จ่ายที่เรียกเก็บไม่ได้ประมาณ 277 ล้านบาท (ปี 2567) ข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสำหรับประชากรข้ามชาติในพื้นที่ชายแดนทั้งหมดปัจจุบันอยู่ที่ 92,000 ล้านบาท (จากการเข้ารับบริการเกือบ 3.8 ล้านครั้งในปีงบประมาณ 2567) โดยหากเลือกยุติบริการในพื้นที่พักพิงชั่วคราว ภาระงานและต้นทุนของโรงพยาบาลรัฐจะพุ่งสูงขึ้นอย่างก้าวกระโดด เช่น บริการผู้ป่วยนอกอาจเพิ่มขึ้นเกือบ 15 เท่า ยืนยันว่าการลงทุนเชิงรุกในบริการด้านหน้าคือกลยุทธ์ที่จำเป็นและมีประสิทธิภาพเพื่อสร้างเสถียรภาพทางการคลังให้ระบบโดยรวมในระยะยาว (สมัชชาสุขภาพ

แห่งชาติ ครั้งที่ 18, 2568) ต่อมาในวันที่ 20 มกราคม 2569 คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เห็นชอบรับทราบมติดังกล่าว และมอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ พร้อมทั้งแต่งตั้งคณะกรรมการศึกษาและติดตามพลวัตภูมิรัฐศาสตร์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพเป็นกลไกยุทธศาสตร์เพื่อรับมือความผันผวนการเมืองโลก สนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายภายใต้ฐานข้อมูลและการมองการณ์ไกล

**6.2 ช่องว่าง**

กลไกการชดเชยทางการเงินสำหรับสถานพยาบาลที่ให้การรักษาผู้ป่วยต่างด้าวที่ตกหล่นจากระบบประกันสุขภาพยังไม่มีความชัดเจนและขาดหน่วยงานกลาง (Clearing House) ระดับชาติในการประมวลผลข้อมูลและจัดการธุรกรรมการเบิกจ่ายอย่างเป็นระบบ กองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวในปัจจุบันพึ่งพารายรับจากการขายบัตรประกันสุขภาพเพียงช่องทางเดียว ซึ่งงบประมาณไม่เพียงพอต่อการรองรับภาระค่ารักษาพยาบาลที่มีมูลค่าสูงหากขยายสิทธิ UCEP หรือเกิดการระบาดของโรค [11] นอกจากนี้ยังมีอุปสรรคเชิงโครงสร้างและข้อกฎหมายที่ขัดขวางไม่ให้แรงงานลักลอบเข้าเมือง ผู้ลี้ภัย หรือแรงงานที่นายจ้างหลีกเลี่ยงการขึ้นทะเบียนสามารถซื้อประกันสุขภาพได้ เนื่องจากราคาสูงและความกลัวการถูกเนรเทศ [11] การขาดงบประมาณระดับชาติเพื่อชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีฉุกเฉินวิกฤตให้กับประชากรกลุ่มนี้ ส่งผลให้โรงพยาบาลต้องใช้เงินบำรุงของตนเองในการสงเคราะห์ผู้ป่วย ก่อให้เกิดภาวะขาดทุนสะสมและบั่นทอนเสถียรภาพทางการเงินของสถานพยาบาล [11]

นโยบายประกันสุขภาพสำหรับเด็กต่างด้าวยังมีช่องว่างเชิงโครงสร้าง โดยปัจจุบันจำกัดสิทธิการซื้อบัตรประกันสุขภาพเฉพาะเด็กอายุไม่เกิน 7 ปีบริบูรณ์ ทำให้เด็กวัย 8-15 ปี ตกหล่นจากระบบประกันสุขภาพโดยสิ้นเชิง ในขณะที่มาตรฐานในต่างประเทศมักครอบคลุมถึงอายุ 18 ปี งบประมาณสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP) ส่วนใหญ่ถูกผูกติดกับสิทธิของประชากรไทย ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฏิบัติการเกิดความกังวลและสับสนในการนำงบประมาณไปใช้จัดบริการเชิงรุกให้กับเด็กต่างด้าว โดยปัจจุบันต้องอาศัยการบริหารจัดการนำวัคซีนส่วนที่เหลือจากการฉีดเด็กไทยมาใช้แทน ในด้านการศึกษา ยังไม่มีหน่วยงานภาครัฐที่เป็นเจ้าภาพหลักที่มีอำนาจตามกฎหมายในการกำกับดูแลมาตรฐานสุขอนามัยและคุณภาพการศึกษาของศูนย์ MLCs อย่างเป็นทางการ ทำให้ศูนย์ฯ ต้องพึ่งพารายได้จากการเก็บค่าธรรมเนียมหรือเงินบริจาค ซึ่งไม่เพียงพอต่อการจัดหาสถานที่ที่ถูกสุขลักษณะหรือจ้างครูที่มีใบประกอบวิชาชีพ [13]

โครงสร้างการบริหารจัดการการสื่อสารความเสี่ยงสุขภาพในภาวะวิกฤตยังรวมศูนย์และขาดความเป็นเอกภาพ โดยผู้บริหารมักมุ่งเน้นเพียงการประชาสัมพันธ์ทางเดียวมากกว่ากระบวนการสื่อสารเชิงรุก และขาดเครื่องมือประเมินความต้องการหรือเฝ้าระวังข่าวสารที่เหมาะสมกับกลุ่มแรงงานต่างด้าว [16] สื่อที่ผลิตมักใช้คำศัพท์ทางวิชาการสาธารณสุขที่ซับซ้อน และแรงงานข้ามชาติจำนวนมากมีข้อจำกัดด้านการอ่าน ทำให้สื่อสิ่งพิมพ์และการแปลภาษาไม่เกิดประสิทธิผลเท่าที่ควร ด้านทรัพยากร บุคลากรและงบประมาณสำหรับงานสื่อสารความเสี่ยงมีจำกัด โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขข้ามชาติ (อสต.) ซึ่งเป็นกำลังสำคัญที่สุดกลับไม่ได้รับค่าตอบแทนที่มั่นคง ขาดสวัสดิการ และไม่มีเวลาปฏิบัติงานเพียงพอเนื่องจากมีสถานะเป็นอาสาสมัครและต้องทำงานประจำ นอกจากนี้ ยังขาดการบูรณาการมาตรการระหว่างกระทรวงอย่างเป็นระบบ เช่น นโยบายการปิดสถานประกอบการ (Bubble & Seal) ขาดแผนรองรับการดูแลแรงงานข้ามชาติ ทำให้เกิดการผลักภาระให้นายจ้างและแรงงานต้องดูแลตนเองท่ามกลางความสับสน [15, 16]

ในมิติความผันผวนทางภูมิรัฐศาสตร์ มติ 18.2 พบช่องว่างสำคัญที่ยังต้องได้รับการแก้ไขใน 3 มิติ ได้แก่

ประการแรก ช่องว่างเชิงกลไกสถาบัน แม้สำนักงานสภาความมั่นคงแห่งชาติ (สมช.) จะมีภารกิจหลักในการกำหนดทิศทางนโยบายและแจ้งเตือนภัยคุกคามเชิงยุทธศาสตร์ตาม พ.ร.บ. สภาความมั่นคงแห่งชาติ พ.ศ. 2559 แต่การบูรณาการมิติสุขภาพในฐานะ “สินทรัพย์เชิงยุทธศาสตร์” และ “ภัยคุกคามความมั่นคง” ยังมิได้ถูกผนวกรวมเข้าสู่กระบวนการหลักของ สมช. อย่างเป็นระบบ บทเรียนจากโควิด-19 สะท้อนชัดว่าการประสานงานยังเป็นเชิงรับ โดยต้องจัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) เป็นกลไกพิเศษเฉพาะกิจแทน แทนที่จะใช้กลไกความมั่นคงถาวรในการวางแผนเชิงรุกตั้งแต่ต้น (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 18, 2568)

ประการที่สอง ช่องว่างเชิงกรอบกฎหมาย แม้ประเทศไทยจะมีเครื่องมือทางกฎหมายสำคัญสามฉบับ ได้แก่ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และ พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 แต่กฎหมายเหล่านี้ยังถูกจำกัดด้วยกรอบการบังคับใช้แบบดั้งเดิมที่มุ่งแก้ปัญหาภายในประเทศเป็นหลัก และยังขาดกรอบธรรมาภิบาลที่สามารถสร้างการบูรณาการเชิงปรับตัวที่ผสานทั้งอำนาจสั่งการและการมีส่วนร่วมได้อย่างยืดหยุ่นตามบริบท (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 18, 2568)

ประการที่สาม ช่องว่างเชิงการบริหารจัดการ การดำเนินงานยังคงแก้ปัญหาเฉพาะหน้าผ่านเครื่องมือที่ไม่ยั่งยืน เช่น การอาศัยมติคณะรัฐมนตรีเป็นรายครั้ง และกรอบความร่วมมือระหว่างประเทศที่มักเป็นเชิงสัญลักษณ์และขาดกลไกงบประมาณที่เข้มแข็ง ในด้านกลไกด้านสุขภาพมีคณะกรรมการ GITH (Geopolitics, International Trade and Health) ซึ่งมีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และมูลนิธิพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program Foundation: IHPF) เป็นเลขานุการร่วมนั้น แม้จะมีรากฐานความร่วมมือที่ดี แต่ภารกิจยังจำกัดเพียงมิติการค้า และยังขาดศักยภาพในการขยายบทบาทสู่การเป็นระบบสุขภาพเชิงรุกที่รับมือกับโจทย์ภูมิรัฐศาสตร์ที่ซับซ้อนได้จริง (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 18, 2568)

บทเรียนจากการทบทวนชี้ว่าแนวทางก้าวต่อไปที่เหมาะสมไม่ใช่การจัดตั้งกลไกใหม่ที่อาจซ้ำซ้อน แต่คือการต่อยอดและยกระดับกลไกเดิม เพื่อเปลี่ยนผ่านจากการทำงานเชิงรับไปสู่การสร้างศักยภาพเชิงปรับตัว ที่สามารถบริหารจัดการความท้าทายที่ซับซ้อนได้อย่างมีเอกภาพและมองไปข้างหน้า (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 18, 2568)

**6.3 ความเชื่อมโยงกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 และมติสมัชชาสุขภาพ**

หมวดการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ กำหนดให้ระบบบริการสาธารณสุขรองรับความต้องการด้านสุขภาพสำหรับคนทุกกลุ่มทุกเชื้อชาติอย่างเป็นธรรม และหมวด การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ กำหนดให้มีระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคข้ามพรมแดน มติสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วย การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มแรงงานข้ามชาติ และ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ว่าด้วย การเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพกลุ่มเด็กและเยาวชนไร้รัฐไร้สัญชาติและมติ 18.2 ระบบสุขภาพเชิงรุกท่ามกลางความผันผวนทางภูมิรัฐศาสตร์

**7. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร: ระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงวัย**

**7.1 สถานการณ์**

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรครั้งสำคัญ โดยสัดส่วนประชากรวัยแรงงานและวัยเด็กลดลง ขณะที่สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ [5] ในปี พ.ศ. 2563 ประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) คิดเป็นร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 31.28 ภายในปี พ.ศ. 2583 ซึ่งการลดลงของอัตราการเกิดดังกล่าวส่งผลกระทบในระยะ

ยาวต่อกำลังแรงงานและระบบสนับสนุนทางสังคมของประเทศ [3] ข้อมูล ณ สิ้นปี พ.ศ. 2566 พบว่าประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) อย่างเป็นทางการ โดยมีประชากรสูงวัย (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวน 13,064,929 คน คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 20.08 ของจำนวนประชากรทั้งหมด การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและสังคมยังก่อให้เกิดปรากฏการณ์ Sandwich Generation ในกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งต้องรับภาระดูแลทั้งบุตรหลานและผู้สูงอายุในช่วงเวลาเดียวกัน [17] การขยายตัวของสังคมสูงวัยมีแนวโน้มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังเพิ่มสูงขึ้น โดยข้อมูล ณ สิ้นปี พ.ศ. 2566 พบว่า มีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังจำนวน 1,348,397 คน คิดเป็นร้อยละ 10.32 ของผู้สูงอายุทั้งหมดในประเทศไทย สัดส่วนนี้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 7.3 ในปี พ.ศ. 2563 นอกจากนี้ยังมีกลุ่มผู้สูงอายุที่ดูแลกันเองหรืออยู่ในครัวเรือนที่มีเพียงผู้สูงอายุอาศัยอยู่ด้วยกันอีกจำนวน 610,405 คน คิดเป็นร้อยละ 4.67 ของผู้สูงอายุทั้งหมด และคาดการณ์ว่าประเทศไทยอาจมีผู้สูงอายุที่เสียชีวิตตามลำพังสูงถึงราว 47,000 คนต่อปี เมื่อก้าวเข้าสู่ Super-Aged Society ในปี พ.ศ. 2572

ในมิติด้านสุขภาพ พบว่าความต้องการบริการสาธารณสุขมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว ส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงระยะยาว เช่น ภาวะติดบ้านและติดเตียง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสร้างแรงกดดันต่อระบบบริการสุขภาพทุกระดับ ทั้งด้านทรัพยากรบุคคล ระบบบริการระยะยาว (Long-Term Care) และงบประมาณด้านสุขภาพ [2] นอกจากปัญหาสุขภาพกายแล้ว ผู้สูงอายุยังมีอัตราการเจ็บป่วยทางจิตเวชเพิ่มขึ้น ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และภาวะสมองเสื่อม รวมถึงมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้น โดยมีสาเหตุสำคัญจากความเจ็บป่วย ความโดดเดี่ยวทางสังคม และความไม่มั่นคงทางรายได้ [17] สำหรับบริบทเขตเมือง การเปลี่ยนแปลงไปสู่โครงสร้างครอบครัวเดี่ยวส่งผลให้เกิดสถานการณ์ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังหรืออาศัยอยู่เพียงสองคนเพิ่มมากขึ้น หรือที่เรียกว่า Aging in Place [1] ขณะเดียวกัน ประเทศยังเผชิญกับภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งส่งผลต่อความต้องการกำลังคนและองค์ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงวัยในอนาคต [18] โดยการเปลี่ยนแปลงของบริบทการเจ็บป่วยในยุคปัจจุบันพบการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคเสื่อมต่าง ๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงโรคอัลไซเมอร์และสมองเสื่อม ซึ่งมักเป็นสาเหตุการตายหลักในผู้ป่วยวัยสูงอายุ ทำให้ความต้องการการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายมีความสำคัญเร่งด่วนมากขึ้น

นอกจากมิติด้านสุขภาพแล้ว การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรยังก่อให้เกิดโอกาสทางเศรษฐกิจที่สำคัญภายใต้แนวคิดเศรษฐกิจสูงวัย (Silver Economy) ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่ตอบสนองความจำเป็นและความต้องการของผู้สูงอายุทั้งในฐานะผู้บริโภคและผู้มีส่วนร่วมในการผลิต จากการวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มด้านการบริโภคของผู้สูงอายุของ TDRI พบว่า ในปี พ.ศ. 2566 การใช้จ่ายเพื่อการบริโภคของผู้สูงอายุมีมูลค่ารวมประมาณ 2.18 ล้านล้านบาท และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 3.50 ล้านล้านบาทในปี พ.ศ. 2576 สะท้อนขนาดตลาดที่กำลังเติบโต อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2567 พบว่าผู้สูงอายุเกือบครึ่ง (ร้อยละ 44.3 หรือ 6.2 ล้านคน) ไม่มีเงินออมและแรงงานสูงอายุนอกระบบร้อยละ 62.7 ยังคงทำงานด้วยเหตุผลความจำเป็นทางเศรษฐกิจ โดยร้อยละ 88 ไม่มีหลักประกันทางสังคมหรือความคุ้มครองในการทำงาน

**7.2 ช่องว่าง**

การบริหารจัดการผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรยังคงเผชิญช่องว่างเชิงระบบ 5ประการ โดยประการแรก คือ ช่องว่างด้านการเตรียมทรัพยากรและงบประมาณระยะยาว โดยระบบการเงินการคลังด้าน

สุขภาพและการลงทุนภาครัฐยังจำเป็นต้องปรับตัวเพื่อรองรับสังคมสูงวัยและประชากรที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างเพียงพอและเป็นธรรม [6]

ประการที่สอง ระบบบริการสุขภาพและรูปแบบการดูแลยังไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและโครงสร้างครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะในเขตเมืองที่ครอบครัวมีขนาดเล็กลงและมีข้อจำกัดด้านเวลา ทั้งนี้ ระบบยังขาดการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุทางเลือกที่ขับเคลื่อนโดยชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างเป็นรูปธรรม ขณะที่การกระจายตัวของหน่วยบริการดูแลระยะท้ายยังไม่ทั่วถึง โดยเฉพาะในระดับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้ผู้ป่วยในบางพื้นที่เข้าถึงบริการได้ยาก รวมถึงยังขาดระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ทำให้การดูแลต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านหรือชุมชนเป็นไปอย่างไม่ราบรื่น (มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ, 2568) [1]

ประการที่สาม ช่องว่างด้านกำลังคนสุขภาพ โดยการผลิตและการวางแผนกำลังคนยังเผชิญความท้าทายในการปรับตัวให้ทันต่อความต้องการบริการสุขภาพที่มีความซับซ้อนเพิ่มขึ้นจากภาระโรคเรื้อรังและสังคมสูงวัย [5] รวมถึงการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการรองรับปัญหาสุขภาวะทางใจของผู้สูงอายุอย่างทั่วถึง [7] นอกจากนี้ยังพบการขาดแคลนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะ ซึ่งปัจจุบันมีพยาบาลในหน่วยดูแลแบบประคับประคองทั่วประเทศเพียง 3,000 คน สวนทางกับตัวเลขการเสียชีวิตของคนไทยแต่ละปีที่อยู่ที่ 600,000 คน สะท้อนความไม่สมดุลระหว่างอุปสงค์และอุปทานของบริการดูแลระยะท้ายอย่างชัดเจน (มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ, 2568)

ประการที่สี่ ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการดูแลระยะท้ายยังเป็นช่องว่างสำคัญใน 3 มิติ ได้แก่ ความแตกต่างระหว่างพื้นที่เมืองและชนบทซึ่งพื้นที่เมืองมีการกระจุกตัวของบริการดูแลระยะท้ายที่มีคุณภาพสูง ขณะที่พื้นที่ชนบทมักประสบการขาดแคลนทรัพยากรและบุคลากร ความแตกต่างระหว่างกลุ่มเศรษฐานะซึ่งผู้ป่วยที่มีฐานะดีสามารถเลือกรับบริการที่มีความพร้อมสูงได้ ในขณะที่ผู้มีรายได้น้อยมักต้องพึ่งพาบริการจากภาครัฐซึ่งมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร และความแตกต่างระหว่างระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ได้แก่ สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ประกันสังคม และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งมีสิทธิประโยชน์และการครอบคลุมบริการดูแลระยะท้ายที่แตกต่างกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยในแต่ละระบบมีโอกาสในการเข้าถึงบริการที่ไม่เท่าเทียมกัน (มูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ, 2568)

ประการที่ห้า ช่องว่างด้านการสร้างโอกาสในเศรษฐกิจสูงวัย (Silver Economy) แม้ประเทศไทยจะมีนโยบายและการดำเนินงานจากหลายหน่วยงาน แต่ยังขาดทิศทางเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนและบูรณาการระหว่างหน่วยงาน ทั้งในด้านการส่งเสริมการจ้างงานผู้สูงอายุ การผลิตสินค้าและบริการที่เหมาะสม และการสร้างระบบนิเวศที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ นอกจากนี้ กฎหมายที่เกี่ยวข้องยังขาดบทบัญญัติคุ้มครองแรงงานผู้สูงอายุโดยเฉพาะ สินค้าและบริการจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุมีราคาสูงและเข้าถึงยากสำหรับผู้มีรายได้น้อย และยังขาดฐานข้อมูลกลางในการประเมินความสมดุลระหว่างอุปทานของบริการกับความต้องการของผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคต (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 18 มติ 18.1, 2568)

### 7.3 ความเชื่อมโยงกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 และมติสมัชชาสุขภาพ

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ มุ่งดูแลสุขภาพในทุกช่วงวัย หมวด การเงินการคลังด้านสุขภาพ เพื่อรองรับสังคมสูงวัย และหมวด สุขภาพจิต ซึ่งร่วมกันกำหนดทิศทางเชิงโครงสร้างในการตอบรับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร รวมทั้ง มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่เกี่ยวข้อง เช่น มติ 2.10 ว่าด้วยการพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมเพื่อสุขภาวะของเด็ก เยาวชน และครอบครัว (เพื่อแก้ปัญหาเด็กเกิดน้อย) มติ 2.11 การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มติ 9.3 การสร้างเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัยด้วยการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม (เพื่อแก้ปัญหาเด็กเกิดน้อย) มติ 15.3 หลักประกันรายได้เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ มติ 16.3 การส่งเสริมการพัฒนาประชากรให้เกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ (เพื่อแก้ปัญหาเด็กเกิดน้อย) และมติ 18.1 การสร้างโอกาสในเศรษฐกิจสูงวัย

**เอกสารอ้างอิง**


1. ณัฐวุฒิ เอี่ยงธนรัตน์, ภรัณยู โอสถธนากร, พีรสิชฌ์ สิทธิรัตน์. การพัฒนาชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพเพื่อติดตามประเมินผล และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เรื่อง ระบบสุขภาพชุมชนเมือง. มหาวิทยาลัยมหิดล และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2568.
2. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ ภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2569.
3. ธัญยชนก หมื่นมะโน, ศิริกัลยา กองพันธ์, ชุติณัฐสินี น่วมโต. รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวด การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ภายใต้กรอบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565. มหาวิทยาลัยมหิดล และ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2568.
4. สมธนึก โชติช่วงฉัตรชัย. รายงานผลการดำเนินงานการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างเสริมสุขภาพ. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2568.
5. ฑิณกร โนรี, อินทิรา นิ่มนวล, แพรพิงค์ ตันตาปกุล, ณัชฐพร เนตรภักดี. การวิจัยเชิงสังเคราะห์ : การพัฒนาชุดตัวชี้วัดระบบสุขภาพ ติดตาม ประเมินผล เพื่อจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เรื่อง กำลังคนด้านสุขภาพ. มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ; 2567.
6. สมธนึก โชติช่วงฉัตรชัย, จิณณพัต สุวรรณเกตกะ, วรณัน วิทยาพิภพสกุล, ธนินทร์ พัฒนศิริ, ฉัตรพศ หลายรุ่งเรือง. การพัฒนาตัวชี้วัดและจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เรื่องการเงินการคลังด้านสุขภาพ. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2567.
7. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รายงานระบบสุขภาพไทย ภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ.2565 หมวดสุขภาพจิต. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2568.
8. ผกากรอง ขวัญข้าว, นางสาวปวัชสรา คัมภีระธัม, นางสาวณัชชา เต็งเติมวงศ์. การพัฒนาชุดตัวชี้วัดและจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการส่งเสริมสนับสนุนการใช้ และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2568.
9. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รายงานสรุปสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565: ฉบับรวบรวม 9 หมวด. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2568.
10. วรรณา ศรีวิริยานุภาพ, ทิพิชา โปษยานนท์, วราวุธ เสริมสินสิริ, ภาณุโชติ ทองยัง, ศิริธร อรไชย, พรสิรี จิตรถเวช , et al. การพัฒนาตัวชี้วัดและจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมวดการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา และ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาต; 2567.
11. ศรวณีย์ อวนศรี, ศุภณัฐ โชติชวาลรัตนกุล, นิจนันท์ ปาณะพงศ์, ชญาน์นันท์ ครุตศุทธิพิพัฒน์, ปวันรัตน์ มิ่งเมือง, วาทินี คุณเผือก, et al. การศึกษาความเป็นไปได้ในการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตภายใต้ระบบ "ระบบฉุกเฉินวิกฤตทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ" (Universal Coverage for Emergency Patients: UCEP)

สำหรับระบบประกันสุขภาพคนต่างด้าวและประกันสุขภาพสำหรับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ กระทรวงสาธารณสุข. มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2567.

12. ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์, สิรินาฏ นิภาพร, หทัยรัตน์ โกษียาภรณ์, เยาวลักษณ์ แหวนวงษ์, สตพร จุลชู, พิกุลแก้ว ศรีนาม, et al. การจัดระบบชดเชยค่าบริการการแพทย์ กรณีสิทธิประโยชน์การป้องกันและรักษาโรคเอชไอวี/เอดส์ สำหรับประชากรต่างด้าวในประเทศไทย. มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2562.
13. วีระศักดิ์ พุทธาศรี, ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์, สิรินาฏ นิภาพร, สุพล ลิมวัฒนานนท์, เยาวลักษณ์ แหวนวงษ์, ประภาพร นพรัตยาภรณ์, et al. การจัดระบบและคาดการณ์งบประมาณเพื่อชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับเด็กต่างด้าว. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2560.
14. ฐิติภรณ์ ตวงรัตนานนท์, ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์, วราภรณ์ ปวงกันทา, เยาวลักษณ์ แหวนวงษ์, พิกุลแก้ว ศรีนาม, สตพร จุลชู, et al. การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดบริการด้านการศึกษาและงานส่งเสริมสุขภาพเด็กต่างด้าวในประเทศไทย. มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2562.
15. ศรวณีย์ อวนศรี, สตพร จุลชู, วาทินี คุณเผือก, มธุดารา ไพยารมณ์, พิกุลแก้ว ศรีนาม, ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์. การศึกษาสถานการณ์และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเฉพาะ ในกรณีที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย. มูลนิธิเพื่อการพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2564.
16. หทัยรัตน์ โกษียาภรณ์, ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์, สตพร จุลชู, มธุดารา ไพยารมณ์, พิกุลแก้ว ศรีนาม. ปัจจัยและกลไกในการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย ต่อมาตรการในการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคและมาตรการด้านสาธารณสุขและสังคม กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. 2564.
17. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย ภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 หมวดสุขภาพจิต. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2568.
18. ปฐมา สตะเวทิน. การจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.

จัดทำโดยสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
วันที่ 27 พ.ค. 2569

## ภาคผนวก ช แบบสำรวจเดลฟาย (Delphi Survey)

### แบบสำรวจเดลฟาย (Delphi Survey)
### เรื่อง การกำหนดประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
### ภายใต้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565

**คำชี้แจง**

แบบสำรวจฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในการกำหนดลำดับความสำคัญของประเด็นสำคัญ 7 ประเด็น ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ ภายใต้กรอบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565 เพื่อนำไปสู่การพัฒนาข้อเสนอนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อไป แต่ละประเด็นประเมินใน 5 มิติ ได้แก่ (1) ความต้องการและผลกระทบ (2) ความสอดคล้องกับนโยบาย (3) ช่องว่างและความจำเป็นในการบูรณาการ (4) ความเป็นไปได้ในการดำเนินการ และ (5) ความเร่งด่วน

**คำแนะนำในการตอบแบบสำรวจ**

1. แบบสำรวจนี้ประกอบด้วยประเด็นสำคัญ 7 ประเด็น
2. กรุณาอ่านสถานการณ์และช่องว่าง (Gap Analysis) ของแต่ละประเด็นอย่างละเอียดอ
3. แต่ละประเด็นมี 5 คำถาม ดังนี้
    ก. เป็นประเด็นที่เป็นความต้องการ เป็นประโยชน์หรือมีผลกระทบกับประชาชนและสังคมไทยในปัจจุบัน สอดคล้องกับสถานการณ์โลก และนำไปสู่การแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างใน 5 ปีข้างหน้า มากน้อยเพียงใด
    ข. เป็นประเด็นที่สอดคล้องกับนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ มากน้อยเพียงใด
    ค. เป็นประเด็นที่เป็นช่องว่าง (Gap) ของสังคม หรือยังไม่มีเจ้าภาพ/หน่วยงานรับผิดชอบ หรือไม่มีกลไกที่นำไปสู่การพัฒนาและขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสาธารณะฯ ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน รวมถึงต้องบูรณาการการทำงานร่วมกันแบบข้ามส่วน (Inter-sectoral collaboration) มากน้อยเพียงใด
    ง. เป็นประเด็นที่มีความเป็นไปได้ในการดำเนินการให้เกิดผลจริงใน 5 ปีข้างหน้า โดยคำนึงถึงข้อจำกัดด้านกฎหมาย งบประมาณ กำลังคน และบริบทการเมือง รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปขับเคลื่อนได้จริง มากน้อยเพียงใด
    จ. เป็นประเด็นที่มีความเร่งด่วน กล่าวคือ หากไม่ดำเนินการในระยะนี้จะก่อให้เกิดความเสียหายหรือผลกระทบที่แก้ไขได้ยากขึ้นในอนาคต มากน้อยเพียงใด
4. การให้คะแนนสำหรับแต่ละคำถามเป็นอิสระจากกัน
5. ท่านสามารถเพิ่มเติมความเห็นได้ในช่องความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี) ของแต่ละข้อ

**ระดับคะแนน**

| ระดับ | ความหมาย |
|---|---|
| น้อยที่สุด | ประเด็นนี้มีความสำคัญน้อยที่สุดในการแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างใน 5 ปีข้างหน้า |
| น้อย | ประเด็นนี้มีความสำคัญน้อยในการแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างใน 5 ปีข้างหน้า |
| ปานกลาง | ประเด็นนี้มีความสำคัญปานกลางในการแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างใน 5 ปีข้างหน้า |
| มาก | ประเด็นนี้มีความสำคัญมากในการแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างใน 5 ปีข้างหน้า |
| มากที่สุด | ประเด็นนี้มีความสำคัญมากที่สุดในการแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างใน 5 ปีข้างหน้า |

วันที่ตอบแบบสอบถาม: _____

**ประเด็นที่ 1 | ระบบสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน (Primary Care and Community Health)**

**สถานการณ์และช่องว่าง (Gap Analysis)**

ระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยถือเป็นรากฐานสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวม มีการพัฒนาคุณภาพอย่างก้าวกระโดดโดยร้อยละของสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิที่ได้รับการรับรองคุณภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 39.61 ในปี 2567 เป็นร้อยละ 74.25 ในปี 2568 อย่างไรก็ตาม การถ่ายโอน รพ.สต. ไปสังกัด อบจ. ก่อให้เกิดความท้าทายด้านกลไกอภิบาลร่วมระหว่าง อบจ.–สสจ.–สปสช. บุคลากรสาธารณสุขร้อยละ 21–51 ยังมีความกังวลต่อการโอนย้าย สัดส่วนแพทย์ในงานปฐมภูมิลดลงถึงร้อยละ 28 พยาบาลลดลงร้อยละ 51 และกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นกว่าร้อยละ 55.8 เลือกดำเนินโครงการที่ไม่สอดคล้องกับภาระโรคจริง

**ก.** เป็นประเด็นที่เป็นความต้องการ เป็นประโยชน์หรือมีผลกระทบกับประชาชนและสังคมไทยในปัจจุบัน สอดคล้องกับสถานการณ์โลก และ**<u>นำไปสู่การแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างใน 5 ปีข้างหน้า</u>** มากน้อยเพียงใด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ น้อยที่สุด | ☐ น้อย | ☐ ปานกลาง | ☐ มาก | ☐ มากที่สุด |

*ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)*

_____

_____

**ข.** เป็นประเด็นที่สอดคล้องกับนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ มากน้อยเพียงใด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ น้อยที่สุด | ☐ น้อย | ☐ ปานกลาง | ☐ มาก | ☐ มากที่สุด |

*ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)*

_____

_____

**ค.** เป็นประเด็นที่เป็นช่องว่าง (Gap) ของสังคม หรือยังไม่มีเจ้าภาพ/หน่วยงานรับผิดชอบ หรือไม่มีกลไกที่นำไปสู่การพัฒนาและขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสาธารณะฯ ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน รวมถึงต้องบูรณาการการทำงานร่วมกันแบบข้ามส่วน (Inter-sectoral collaboration) มากน้อยเพียงใด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ น้อยที่สุด | ☐ น้อย | ☐ ปานกลาง | ☐ มาก | ☐ มากที่สุด |

*ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)*

_____

_____

**ง.** เป็นประเด็นที่มีความเป็นไปได้ในการดำเนินการให้เกิดผลจริงใน 5 ปีข้างหน้า โดยคำนึงถึงข้อจำกัดด้านกฎหมาย งบประมาณ กำลังคน และบริบทการเมือง รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปขับเคลื่อนได้จริง มากน้อยเพียงใด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ น้อยที่สุด | ☐ น้อย | ☐ ปานกลาง | ☐ มาก | ☐ มากที่สุด |

*ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี) เช่น อุปสรรคหลัก หรือเงื่อนไขที่จำเป็นสำหรับความสำเร็จ*

_____

_____

**จ.** เป็นประเด็นที่มีความเร่งด่วน กล่าวคือ หากไม่ดำเนินการในระยะนี้จะก่อให้เกิดความเสียหายหรือผลกระทบที่แก้ไขได้ยากขึ้นในอนาคต มากน้อยเพียงใด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ น้อยที่สุด | ☐ น้อย | ☐ ปานกลาง | ☐ มาก | ☐ มากที่สุด |

*ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี) เช่น เหตุผลที่ต้องเร่งดำเนินการ หรือความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นหากล่าช้า*

_____

_____

**ประเด็นที่ 2 | ระบบสุขภาพชุมชนเมือง (Urban Health)**

**สถานการณ์และช่องว่าง (Gap Analysis)**

การขยายตัวของเมืองอย่างรวดเร็วก่อให้เกิดความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพในเขตเมือง พบความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างพื้นที่ความเป็นเมืองสูงและพื้นที่กำลังพัฒนาในหลายมิติ ได้แก่ อัตราป่วยรายใหม่โรคเบาหวานในเขตเมือง 658.4 ต่อแสนประชากร (สูงกว่าพื้นที่กำลังพัฒนา) สัดส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ร้อยละ 51.1 เด็กอายุ 5 ปีได้รับวัคซีนไม่ครบถ้วนร้อยละ 35.4 และอัตราป่วยไข้เลือดออกสูงกว่าพื้นที่กำลัง

พัฒนาถึง 3.5 เท่า นอกจากนี้ยังพบช่องว่างด้านระบบข้อมูล การเข้าถึงบริการของกลุ่มเปราะบาง และความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในเขตเมือง

**ก.** เป็นประเด็นที่เป็นความต้องการ เป็นประโยชน์หรือมีผลกระทบกับประชาชนและสังคมไทยในปัจจุบัน สอดคล้องกับสถานการณ์โลก และ**<u>นำไปสู่การแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างใน 5 ปีข้างหน้า</u>** มากน้อยเพียงใด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ น้อยที่สุด | ☐ น้อย | ☐ ปานกลาง | ☐ มาก | ☐ มากที่สุด |

*ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)*

_____

_____

**ข.** เป็นประเด็นที่สอดคล้องกับนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ มากน้อยเพียงใด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ น้อยที่สุด | ☐ น้อย | ☐ ปานกลาง | ☐ มาก | ☐ มากที่สุด |

*ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)*

_____

_____

**ค.** เป็นประเด็นที่เป็นช่องว่าง (Gap) ของสังคม หรือยังไม่มีเจ้าภาพ/หน่วยงานรับผิดชอบ หรือไม่มีกลไกที่นำไปสู่การพัฒนาและขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสาธารณะฯ ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน รวมถึงต้องบูรณาการการทำงานร่วมกันแบบข้ามส่วน (Inter-sectoral collaboration) มากน้อยเพียงใด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ น้อยที่สุด | ☐ น้อย | ☐ ปานกลาง | ☐ มาก | ☐ มากที่สุด |

*ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)*

_____

_____

**ง.** เป็นประเด็นที่มีความเป็นไปได้ในการดำเนินการให้เกิดผลจริงใน 5 ปีข้างหน้า โดยคำนึงถึงข้อจำกัดด้านกฎหมาย งบประมาณ กำลังคน และบริบทการเมือง รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปขับเคลื่อนได้จริง มากน้อยเพียงใด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ น้อยที่สุด | ☐ น้อย | ☐ ปานกลาง | ☐ มาก | ☐ มากที่สุด |

*ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี) เช่น อุปสรรคหลัก หรือเงื่อนไขที่จำเป็นสำหรับความสำเร็จ*

_____

_____

**จ.** เป็นประเด็นที่มีความเร่งด่วน กล่าวคือ หากไม่ดำเนินการในระยะนี้จะก่อให้เกิดความเสียหายหรือผลกระทบที่แก้ไขได้ยากขึ้นในอนาคต มากน้อยเพียงใด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ น้อยที่สุด | ☐ น้อย | ☐ ปานกลาง | ☐ มาก | ☐ มากที่สุด |

*ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี) เช่น เหตุผลที่ต้องเร่งดำเนินการ หรือความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นหากล่าช้า*

_____

_____

**ประเด็นที่ 3 | ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก**

**สถานการณ์และช่องว่าง (Gap Analysis)**

การบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่น การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกเข้าสู่ระบบสุขภาพหลัก พบว่าอัตราการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทยทรงตัวอยู่ที่ร้อยละ 21 มาหลายปี แม้งบประมาณเหมาจ่ายรายหัวด้านแพทย์แผนไทยจะเพิ่มขึ้นจาก 17.91 บาทต่อผู้มีสิทธิในปี 2564 เป็น 31.91 บาทในปี 2568 อย่างไรก็ตาม งบประมาณวิจัยสมุนไพรลดลงอย่างรวดเร็วจากกว่า 1,111 ล้านบาทในปี 2564 เหลือเพียง 319.4 ล้านบาทในปี 2568 จำนวนป่าชุมชนทรงตัวที่ราว 11,211 แห่ง ยังห่างจากเป้าหมาย 15,111 แห่ง และยังขาดกลไกบูรณาการแพทย์แผนไทยเข้ากับระบบสุขภาพปฐมภูมิอย่างเป็นรูปธรรม

**ก.** เป็นประเด็นที่เป็นความต้องการ เป็นประโยชน์หรือมีผลกระทบกับประชาชนและสังคมไทยในปัจจุบัน สอดคล้องกับสถานการณ์โลก และ**นำไปสู่การแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างใน 5 ปีข้างหน้า** มากน้อยเพียงใด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ น้อยที่สุด | ☐ น้อย | ☐ ปานกลาง | ☐ มาก | ☐ มากที่สุด |

*ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)*

_____

_____

**ข.** เป็นประเด็นที่สอดคล้องกับนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ มากน้อยเพียงใด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ น้อยที่สุด | ☐ น้อย | ☐ ปานกลาง | ☐ มาก | ☐ มากที่สุด |

*ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)*

_____

_____

**ค.** เป็นประเด็นที่เป็นช่องว่าง (Gap) ของสังคม หรือยังไม่มีเจ้าภาพ/หน่วยงานรับผิดชอบ หรือไม่มีกลไกที่นำไปสู่การพัฒนาและขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสาธารณะฯ ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน รวมถึงต้องบูรณาการการทำงานร่วมกันแบบข้ามส่วน (Inter-sectoral collaboration) มากน้อยเพียงใด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ น้อยที่สุด | ☐ น้อย | ☐ ปานกลาง | ☐ มาก | ☐ มากที่สุด |

*ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)*

_____

_____

**ง.** เป็นประเด็นที่มีความเป็นไปได้ในการดำเนินการให้เกิดผลจริงใน 5 ปีข้างหน้า โดยคำนึงถึงข้อจำกัดด้านกฎหมาย งบประมาณ กำลังคน และบริบทการเมือง รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปขับเคลื่อนได้จริง มากน้อยเพียงใด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ น้อยที่สุด | ☐ น้อย | ☐ ปานกลาง | ☐ มาก | ☐ มากที่สุด |

*ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี) เช่น อุปสรรคหลัก หรือเงื่อนไขที่จำเป็นสำหรับความสำเร็จ*

_____

_____

**จ.** เป็นประเด็นที่มีความเร่งด่วน กล่าวคือ หากไม่ดำเนินการในระยะนี้จะก่อให้เกิดความเสียหายหรือผลกระทบที่แก้ไขได้ยากขึ้นในอนาคต มากน้อยเพียงใด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ น้อยที่สุด | ☐ น้อย | ☐ ปานกลาง | ☐ มาก | ☐ มากที่สุด |

*ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี) เช่น เหตุผลที่ต้องเร่งดำเนินการ หรือความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นหากล่าช้า*

_____

_____

**ประเด็นที่ 4 | ระบบบริการสุขภาพ (บริการสาธารณสุข กำลังคน การเงินการคลัง และสุขภาพจิต)**

**สถานการณ์และช่องว่าง (Gap Analysis)**

ระบบบริการสาธารณสุขไทยยังเผชิญความท้าทาย ได้แก่ ตัวชี้วัด Unmet Health Needs ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในปี 2566 บุคลากรสุขภาพกระจายตัวไม่เท่าเทียมกันทางภูมิศาสตร์ (Geographical mal-distribution) และกลไกอภิบาลระดับชาติขาดอำนาจบังคับใช้ งบประมาณด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) ยังคงต่ำเพียงร้อยละ 11.4 ของกองทุน UC ความเหลื่อมล้ำระหว่างระบบประกันสุขภาพทั้ง 3 ระบบ (บัตรทอง–ประกันสังคม–สวัสดิการข้าราชการ) ยังคงเป็นปัญหา แรงงานข้ามชาตินอกระบบและผู้ไม่มีเลข 13 หลักตกหล่นจากหลักประกันสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพจิตระดับปฐมภูมิขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง

**ก.** เป็นประเด็นที่เป็นความต้องการ เป็นประโยชน์หรือมีผลกระทบกับประชาชนและสังคมไทยในปัจจุบัน สอดคล้องกับสถานการณ์โลก และ**นำไปสู่การแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างใน 5 ปีข้างหน้า** มากน้อยเพียงใด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ น้อยที่สุด | ☐ น้อย | ☐ ปานกลาง | ☐ มาก | ☐ มากที่สุด |

*ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)*

_____

_____

**ข.** เป็นประเด็นที่สอดคล้องกับนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ มากน้อยเพียงใด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ น้อยที่สุด | ☐ น้อย | ☐ ปานกลาง | ☐ มาก | ☐ มากที่สุด |

*ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)*

_____

_____

**ค.** เป็นประเด็นที่เป็นช่องว่าง (Gap) ของสังคม หรือยังไม่มีเจ้าภาพ/หน่วยงานรับผิดชอบ หรือไม่มีกลไกที่นำไปสู่การพัฒนาและขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสาธารณะฯ ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน รวมถึงต้องบูรณาการการทำงานร่วมกันแบบข้ามส่วน (Inter-sectoral collaboration) มากน้อยเพียงใด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ น้อยที่สุด | ☐ น้อย | ☐ ปานกลาง | ☐ มาก | ☐ มากที่สุด |

*ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)*

_____

_____

**ง.** เป็นประเด็นที่มีความเป็นไปได้ในการดำเนินการให้เกิดผลจริงใน 5 ปีข้างหน้า โดยคำนึงถึงข้อจำกัดด้านกฎหมาย งบประมาณ กำลังคน และบริบทการเมือง รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปขับเคลื่อนได้จริง มากน้อยเพียงใด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ น้อยที่สุด | ☐ น้อย | ☐ ปานกลาง | ☐ มาก | ☐ มากที่สุด |

*ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี) เช่น อุปสรรคหลัก หรือเงื่อนไขที่จำเป็นสำหรับความสำเร็จ*

_____

_____

**จ.** เป็นประเด็นที่มีความเร่งด่วน กล่าวคือ หากไม่ดำเนินการในระยะนี้จะก่อให้เกิดความเสียหายหรือผลกระทบที่แก้ไขได้ยากขึ้นในอนาคต มากน้อยเพียงใด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ น้อยที่สุด | ☐ น้อย | ☐ ปานกลาง | ☐ มาก | ☐ มากที่สุด |

*ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี) เช่น เหตุผลที่ต้องเร่งดำเนินการ หรือความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นหากล่าช้า*

_____

_____

## ประเด็นที่ 5 | ระบบสุขภาพดิจิทัลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Digital Health and Health Literacy)

**สถานการณ์และช่องว่าง (Gap Analysis)**

ประมาณ 1 ใน 3 ของคนไทย (ร้อยละ 33.1) เคยใช้บริการ Telemedicine แล้ว มีการขยายบริการสุขภาพทางไกลเพื่อรองรับผู้ป่วยจาก PM2.5 กว่า 131,111 คน ความรอบรู้ดิจิทัล (Digital Literacy) มีคะแนนเฉลี่ย 74.4 คะแนน อยู่ในระดับดี อย่างไรก็ตาม ยังพบช่องว่างด้านโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลในพื้นที่ห่างไกล ประชาชนร้อยละ 19.15 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ กลไก HLO เน้นจำนวนมากกว่าคุณภาพ และระบบแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพยังขาดการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน

**ก.** เป็นประเด็นที่เป็นความต้องการ เป็นประโยชน์หรือมีผลกระทบกับประชาชนและสังคมไทยในปัจจุบัน สอดคล้องกับสถานการณ์โลก และ**นำไปสู่การแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างใน 5 ปีข้างหน้า** มากน้อยเพียงใด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ น้อยที่สุด | ☐ น้อย | ☐ ปานกลาง | ☐ มาก | ☐ มากที่สุด |

*ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)*

_____

_____

**ข.** เป็นประเด็นที่สอดคล้องกับนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ มากน้อยเพียงใด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ น้อยที่สุด | ☐ น้อย | ☐ ปานกลาง | ☐ มาก | ☐ มากที่สุด |

*ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)*

_____

_____

**ค.** เป็นประเด็นที่เป็นช่องว่าง (Gap) ของสังคม หรือยังไม่มีเจ้าภาพ/หน่วยงานรับผิดชอบ หรือไม่มีกลไกที่นำไปสู่การพัฒนาและขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสาธารณะฯ ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน รวมถึงต้องบูรณาการการทำงานร่วมกันแบบข้ามส่วน (Inter-sectoral collaboration) มากน้อยเพียงใด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ น้อยที่สุด | ☐ น้อย | ☐ ปานกลาง | ☐ มาก | ☐ มากที่สุด |

*ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)*

_____

_____

**ง.** เป็นประเด็นที่มีความเป็นไปได้ในการดำเนินการให้เกิดผลจริงใน 5 ปีข้างหน้า โดยคำนึงถึงข้อจำกัดด้านกฎหมาย งบประมาณ กำลังคน และบริบทการเมือง รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปขับเคลื่อนได้จริง มากน้อยเพียงใด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ น้อยที่สุด | ☐ น้อย | ☐ ปานกลาง | ☐ มาก | ☐ มากที่สุด |

*ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี) เช่น อุปสรรคหลัก หรือเงื่อนไขที่จำเป็นสำหรับความสำเร็จ*

_____

_____

**จ.** เป็นประเด็นที่มีความเร่งด่วน กล่าวคือ หากไม่ดำเนินการในระยะนี้จะก่อให้เกิดความเสียหายหรือผลกระทบที่แก้ไขได้ยากขึ้นในอนาคต มากน้อยเพียงใด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ น้อยที่สุด | ☐ น้อย | ☐ ปานกลาง | ☐ มาก | ☐ มากที่สุด |

*ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี) เช่น เหตุผลที่ต้องเร่งดำเนินการ หรือความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นหากล่าช้า*

_____

_____

**ประเด็นที่ 6 | ระบบสุขภาพชายแดน ประชากรข้ามชาติ และบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ**

**สถานการณ์และช่องว่าง (Gap Analysis)**

ประเทศไทยมีประชากรที่ไม่มีสัญชาติไทยอาศัยอยู่ประมาณ 4.9 ล้านคน ข้อมูลระหว่างปี 2561–2566 พบว่ามีประชากรต่างด้าวเข้ารับบริการฉุกเฉินวิกฤต (UCEP) ถึง 9,823 ครั้ง สร้างต้นทุนรวมกว่า 25.5 ล้านบาทที่โรงพยาบาลรัฐเรียกเก็บไม่ได้ เด็กต่างด้าวมีโอกาสได้รับวัคซีนครบถ้วนน้อยกว่าเด็กไทยถึงร้อยละ 73.6 สิทธิประกันสุขภาพเด็กต่างด้าวจำกัดเฉพาะอายุไม่เกิน 7 ปี และยังขาดกลไก Clearing House ระดับชาติ รวมถึงระบบสุขภาพยังดำเนินการในลักษณะ “วิกฤต-ตอบสนอง-ละเลย” แทนที่จะเป็นระบบสุขภาพเชิงรุกภายใต้ความผันผวนทางภูมิรัฐศาสตร์

**ก.** เป็นประเด็นที่เป็นความต้องการ เป็นประโยชน์หรือมีผลกระทบกับประชาชนและสังคมไทยในปัจจุบัน สอดคล้องกับสถานการณ์โลก และ**นำไปสู่การแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างใน 5 ปีข้างหน้า** มากน้อยเพียงใด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ น้อยที่สุด | ☐ น้อย | ☐ ปานกลาง | ☐ มาก | ☐ มากที่สุด |

*ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)*

_____

_____

**ข.** เป็นประเด็นที่สอดคล้องกับนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ มากน้อยเพียงใด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ น้อยที่สุด | ☐ น้อย | ☐ ปานกลาง | ☐ มาก | ☐ มากที่สุด |

*ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)*

_____

_____

**ค.** เป็นประเด็นที่เป็นช่องว่าง (Gap) ของสังคม หรือยังไม่มีเจ้าภาพ/หน่วยงานรับผิดชอบ หรือไม่มีกลไกที่นำไปสู่การพัฒนาและขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสาธารณะฯ ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน รวมถึงต้องบูรณาการการทำงานร่วมกันแบบข้ามส่วน (Inter-sectoral collaboration) มากน้อยเพียงใด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ น้อยที่สุด | ☐ น้อย | ☐ ปานกลาง | ☐ มาก | ☐ มากที่สุด |

*ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)*

_____

_____

**ง.** เป็นประเด็นที่มีความเป็นไปได้ในการดำเนินการให้เกิดผลจริงใน 5 ปีข้างหน้า โดยคำนึงถึงข้อจำกัดด้านกฎหมาย งบประมาณ กำลังคน และบริบทการเมือง รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปขับเคลื่อนได้จริง มากน้อยเพียงใด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ น้อยที่สุด | ☐ น้อย | ☐ ปานกลาง | ☐ มาก | ☐ มากที่สุด |

*ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี) เช่น อุปสรรคหลัก หรือเงื่อนไขที่จำเป็นสำหรับความสำเร็จ*

_____

_____

**จ.** เป็นประเด็นที่มีความเร่งด่วน กล่าวคือ หากไม่ดำเนินการในระยะนี้จะก่อให้เกิดความเสียหายหรือผลกระทบที่แก้ไขได้ยากขึ้นในอนาคต มากน้อยเพียงใด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ น้อยที่สุด | ☐ น้อย | ☐ ปานกลาง | ☐ มาก | ☐ มากที่สุด |

*ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี) เช่น เหตุผลที่ต้องเร่งดำเนินการ หรือความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นหากล่าช้า*

_____

_____

**ประเด็นที่ 7 | การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร: ระบบสุขภาพเพื่อรองรับประชากรทุกช่วงวัย**

**สถานการณ์และช่องว่าง (Gap Analysis)**

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) อย่างเป็นทางการในปี 2566 โดยมีประชากรสูงอายุ (อายุ 61 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 21.18 คาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 31.28 ในปี 2583 มีผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังกว่า 1.3 ล้านคน ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมีโรคเรื้อรัง ขณะที่พยาบาลดูแลแบบประคับประคองทั่วประเทศมีเพียง 3,111 คน ผู้สูงอายุร้อยละ 44.3 ไม่มีเงินออม และประเทศไทยยังขาดการบูรณาการเพื่อนำทิศทางนโยบาย Silver Economy มาปฏิบัติ

**ก.** เป็นประเด็นที่เป็นความต้องการ เป็นประโยชน์หรือมีผลกระทบกับประชาชนและสังคมไทยในปัจจุบัน สอดคล้องกับสถานการณ์โลก และ**นำไปสู่การแก้ปัญหาเชิงโครงสร้างใน 5 ปีข้างหน้า** มากน้อยเพียงใด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ น้อยที่สุด | ☐ น้อย | ☐ ปานกลาง | ☐ มาก | ☐ มากที่สุด |

*ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)*

_____

_____

**ข.** เป็นประเด็นที่สอดคล้องกับนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ มากน้อยเพียงใด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ น้อยที่สุด | ☐ น้อย | ☐ ปานกลาง | ☐ มาก | ☐ มากที่สุด |

*ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)*

_____

_____

**ค.** เป็นประเด็นที่เป็นช่องว่าง (Gap) ของสังคม หรือยังไม่มีเจ้าภาพ/หน่วยงานรับผิดชอบ หรือไม่มีกลไกที่นำไปสู่การพัฒนาและขับเคลื่อนประเด็นนโยบายสาธารณะฯ ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน รวมถึงต้องบูรณาการการทำงานร่วมกันแบบข้ามส่วน (Inter-sectoral collaboration) มากน้อยเพียงใด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ น้อยที่สุด | ☐ น้อย | ☐ ปานกลาง | ☐ มาก | ☐ มากที่สุด |

*ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี)*

_____

_____

**ง.** เป็นประเด็นที่มีความเป็นไปได้ในการดำเนินการให้เกิดผลจริงใน 5 ปีข้างหน้า โดยคำนึงถึงข้อจำกัดด้านกฎหมาย งบประมาณ กำลังคน และบริบทการเมือง รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปขับเคลื่อนได้จริง มากน้อยเพียงใด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ น้อยที่สุด | ☐ น้อย | ☐ ปานกลาง | ☐ มาก | ☐ มากที่สุด |

*ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี) เช่น อุปสรรคหลัก หรือเงื่อนไขที่จำเป็นสำหรับความสำเร็จ*

_____

_____

**จ.** เป็นประเด็นที่มีความเร่งด่วน กล่าวคือ หากไม่ดำเนินการในระยะนี้จะก่อให้เกิดความเสียหายหรือผลกระทบที่แก้ไขได้ยากขึ้นในอนาคต มากน้อยเพียงใด

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ น้อยที่สุด | ☐ น้อย | ☐ ปานกลาง | ☐ มาก | ☐ มากที่สุด |

*ความเห็นเพิ่มเติม (ถ้ามี) เช่น เหตุผลที่ต้องเร่งดำเนินการ หรือความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นหากล่าช้า*

_____

_____

**ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม (ถ้ามี)**

หากท่านมีประเด็นสำคัญอื่นที่ควรได้รับการพิจารณาเพิ่มเติมนอกเหนือจาก 7 ประเด็นข้างต้น โปรดระบุ

_____

_____

_____

_____

ขอขอบคุณท่านที่กรุณาสละเวลาตอบแบบสำรวจ
ความคิดเห็นของท่านมีคุณค่าอย่างยิ่งต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของประเทศ

**ภาคผนวก ซ คำอธิบายและกรอบการพิจารณาของประเด็นสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ**

**1. ระบบสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน (Primary Care and Community Health)**

ระบบสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชนเป็นรากฐานสำคัญของระบบสุขภาพไทย โดยครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาเบื้องต้น การฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลต่อเนื่องในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ผ่านการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เป็นสถานบริการ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน รวมถึงกลไกการบริหารจัดการและการอภิบาลสุขภาพในระดับพื้นที่ ที่ไม่ได้อยู่ในสถานบริการก็ได้ แต่มุ่งเน้นให้เกิดการดูแลสุขภาพของตนเองได้ โดยครอบครัว และชุมชน

ปัญหาที่พบ คือ ระบบสุขภาพปฐมภูมิในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดเรื่องคุณภาพมาตรฐาน และการเข้าถึงบริการ ดังนั้น การพิจารณาประเด็นนี้จึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ใกล้บ้านใกล้ชุมชน การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ การถ่ายโอนภารกิจสู่ท้องถิ่น การเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนในการจัดการสุขภาพตนเอง การพัฒนากำลังคนและทรัพยากรด้านสุขภาพ ตลอดจนการสร้างความร่วมมือและบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานและภาคส่วนต่าง ๆ **เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ตลอดจนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม**

**2. ระบบสุขภาพชุมชนเมือง (Urban Health)**

ระบบสุขภาพชุมชนเมืองครอบคลุมประเด็นสุขภาพที่เกิดขึ้นจากการขยายตัวของเมืองและการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมในเขตเมือง รวมถึงปัญหาสุขภาพของประชากรแฝง ชุมชนแออัด แรงงานนอกระบบ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพัง และกลุ่มเปราะบางอื่น ๆ ที่อาจเผชิญข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคม

ปัญหาที่พบ คือ ระบบข้อมูลประชากรที่หลากหลายในเขตเมืองยังมีความตกหล่น ส่งผลให้กลุ่มเปราะบางเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ ตลอดจนบริบทของเมืองทำให้การติดตามให้เกิดความต่อเนื่องในการเข้ารับบริการสุขภาพไม่ดีเท่าในชนบท ทำให้การควบคุมโรคบางโรคทำได้ไม่ได้ดีเหมือนบริบทของชนบท ดังนั้น การพิจารณาประเด็นนี้จึงให้ความสำคัญกับผลกระทบของกระบวนการความเป็นเมือง (Urbanization) ต่อสุขภาพ ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในเขตเมือง การเข้าถึงบริการของกลุ่มประชากรที่หลากหลาย การจัดการปัจจัยกำหนดสุขภาพในเมือง **เพื่อให้การพัฒนาระบบสุขภาพในเขตเมืองมีความสอดคล้องกับบริบทและรูปแบบการดำรงชีวิตของประชากรเมืองที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว**

**3. ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ**

ประเด็นนี้ครอบคลุมบทบาทของประชาชน ชุมชน ทุนทางสังคม รวมถึงสถานบริการ ในการจัดการสุขภาพสร้างสุขภาวะผ่านการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาท้องถิ่น การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก ซึ่งเป็นฐานสำคัญของการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพและการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพในระดับพื้นที่

ปัญหาที่พบ คือ องค์ความรู้ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นยังไม่ได้รับการสนับสนุนให้เกิดความเข้าใจและการยอมรับในวงกว้าง การศึกษาวิจัยและพัฒนาให้เกิดหลักฐานเชิงประจักษ์และเผยแพร่ข้อมูลทางวิชาการตลอดจนทางการ

ปฏิบัติต่างๆ ในการดูแลรักษาพยาบาลระดับต่างๆ ยังมีจำกัด ดังนั้น การพิจารณาประเด็นนี้จึงให้ความสำคัญกับการส่งเสริมระบบการจัดการสุขภาพ การอนุรักษ์ และการพัฒนาองค์ความรู้ท้องถิ่น การสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์ **เพื่อสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ตลอดจนการเชื่อมโยงทุนทางสังคมและภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพเข้ากับระบบสุขภาพสมัยใหม่อย่างครบวงจร เหมาะสม ยั่งยืน และได้รับการยอมรับในวงกว้าง**

**4. ระบบบริการสุขภาพ (Health Service Delivery System)**

ระบบบริการสุขภาพแบ่งเป็นระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ ในที่นี้ไม่รวมระดับปฐมภูมิ (ในข้อที่ 1) แต่จะครอบคลุมเฉพาะการจัดบริการสุขภาพในสถานบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิขึ้นไปรวมถึงองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพอื่นๆ ได้แก่ การจัดบริการ การเงินการคลังสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ เทคโนโลยีทางการแพทย์ คุณภาพและความปลอดภัยของบริการ ตลอดจนกลไกสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน

ปัญหาที่พบ คือ การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพในสถานบริการที่ไม่สอดคล้องตามบริบทของพื้นที่ ภาระงานหนักของบุคลากรสุขภาพ ระบบบริหารด้านการเงินการคลังที่มีปัญหา เกรงจะกระทบต่อความยั่งยืนของระบบสุขภาพไทยและผู้รับบริการ คุณภาพมาตรฐานที่มีความแตกต่างกัน การเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างทั่วถึง ดังนั้น การพิจารณาประเด็นนี้จึงให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและมาตรฐานสอดคล้องตามความจำเป็นด้านสุขภาพ การลดความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่และกลุ่มประชากร การพัฒนาระบบการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ การกระจายกำลังคนด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม และการเสริมสร้างความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพ **เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาได้ในเชิงโครงสร้างและระบบ ทำให้ระบบบริการสุขภาพไทยสามารถรองรับความต้องการด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นและซับซ้อนมากขึ้นได้อย่างมีคุณภาพ มาตรฐาน และปลอดภัย**

**5. ระบบสุขภาพดิจิทัลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Digital Health and Health Literacy)**

ระบบสุขภาพดิจิทัลและความรอบรู้ด้านสุขภาพครอบคลุมการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการและการให้บริการสุขภาพตั้งแต่เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค ดูแลรักษา และฟื้นฟูสุขภาพ การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพในภาพรวม การใช้ปัญญาประดิษฐ์ การแพทย์ทางไกล และการจัดการข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล รวมถึงความสามารถของประชาชนในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพในการตัดสินใจด้านสุขภาพ

ปัญหาที่พบ คือ ความถูกต้องของข้อมูล การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ การใช้ระบบการแพทย์ทางไกลที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างครอบคลุม สื่อที่หลากหลายในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่ควบคุมจัดการยาก ดังนั้น การพิจารณาประเด็นนี้จึงให้ความสำคัญกับการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ การคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ การลดความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัล และการกำกับดูแลข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ **เพื่อนำไปสู่การใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ และการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรอบรู้ดิจิทัลของประชาชนทุกกลุ่มวัย**

**6. ระบบสุขภาพชายแดน ประชากรข้ามชาติ และบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ (Border Health, Migrants and Stateless Persons)**

ประเด็นนี้ครอบคลุมสุขภาพของประชากรในพื้นที่ชายแดน แรงงานข้ามชาติ เด็กข้ามชาติ ผู้หนีภัยการสู้รบ และบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ ซึ่งมักเผชิญข้อจำกัดด้านสิทธิสุขภาพ

ปัญหาที่พบ คือ การเข้าถึงบริการ และการได้รับความคุ้มครองทางสังคมของประชากรเหล่านี้ รวมถึงประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนย้ายประชากรและความมั่นคงด้านสุขภาพของประเทศ ทั้งในเรื่องภาระโรคและค่ารักษาพยาบาล ดังนั้น การพิจารณาประเด็นนี้จึงให้ความสำคัญกับความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ การคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพ การพัฒนาระบบบริการในพื้นที่ชายแดน การบริหารจัดการภาระทางการเงินของหน่วยบริการ การจัดการข้อมูลประชากรข้ามชาติ **เพื่อให้ระบบสุขภาพไทยสามารถครอบคลุมและจัดการดูแลกลุ่มประชากรเหล่านี้ได้อย่างยั่งยืน และไม่ส่งผลต่อความมั่นคงของระบบสุขภาพไทย**

**7. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร (Demographic Transition)**

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรครอบคลุมการเปลี่ยนแปลงด้านขนาด โครงสร้าง และลักษณะประชากรในทุกช่วงวัย อันเป็นผลจากอัตราการเกิดที่ลดลง การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ การย้ายถิ่น และการเปลี่ยนแปลงของกำลังแรงงาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ ระบบสวัสดิการสังคม เศรษฐกิจ และการพัฒนาประเทศในระยะยาว

ปัญหาที่พบ คือ คุณภาพของประชากรในประเทศที่จะส่งผลต่อผลิตภาพและการพัฒนาประเทศขณะที่สังคมไทยกำลังก้าวสู่สังคมสูงวัย ดังนั้น การพิจารณาประเด็นนี้จึงให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย รวมถึงรองรับประชากรกลุ่มวัยอื่นให้มีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีที่อาจต้องให้ความสำคัญกับเรื่องของระบบบริการสุขภาพ คุณภาพชีวิตของประชากรทุกช่วงวัย การดูแลระยะยาว และการดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น **เพื่อให้ประเทศไทยสามารถรักษาสมดุลระหว่างประชากรวัยแรงงานและวัยพึ่งพิง มีการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชากรทุกช่วงวัย และสามารถสร้างความยั่งยืนของระบบสุขภาพภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงทางประชากรที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง**

**ภาคผนวก ฌ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับประเด็นยุทธศาสตร์สุขภาพ**

การประชุมวันที่ 15 กรกฎาคม 2569 ได้มีการหารือผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อให้ข้อเสนอต่อการพัฒนาและขับเคลื่อนเชิงนโยบายต่อแนวทางการนำประเด็นเชิงยุทธศาสตร์เหล่านี้ไปพัฒนาและขับเคลื่อน เพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นในหัวข้อต่อไปนี้

1. หน่วยงานใดควรจะเป็นเจ้าภาพหลักในการนำประเด็นเชิงยุทธศาสตร์เหล่านี้ ไปพัฒนาและขับเคลื่อนเป็นนโยบายต่อไป

2. ข้อเสนอต่อช่องทาง/แพลตฟอร์มในการนำประเด็นเชิงยุทธศาสตร์เหล่านี้ ไปพัฒนาและขับเคลื่อนเป็รนโยบาย (เช่น สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น เครื่องมือ/กระบวนการนโยบายสาธารณะอื่น ๆ) ข้อเสนอต่อการผลักดันสู่กลไกใด เพื่อนำประเด็นเชิงยุทธศาสตร์เหล่านี้ ไปสู่การพัฒนาและขับเคลื่อนเป็นนโยบาย (เช่น กลไก คจ.สช. คสช.)

3. ข้อเสนออื่น ๆ ที่ทำให้ประเด็นเชิงยุทธศาสตร์เหล่านี้ นำไปสู่การพัฒนาและขับเคลื่อน ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายอย่างเป็นรูปธรรม/ชัดเจน

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพได้นำเสนอข้อมูลเบื้องต้นของหน่วยงานหลัก หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของประเด็นสำคัญเชิงยุทธศาสตร์ที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพไทย และการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ดังตารางแสดงหน่วยงานหลัก หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงาน 7 ประเด็น

| **ประเด็นเชิงยุทธศาสตร์** | **หน่วยงานหลัก/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย** | **การดำเนินงานของ สช.** |
|---|---|---|
| **1.ระบบสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน (Primary Care and Community Health)** | สำนักงานสนับสนุนระบบบริการปฐมภูมิ<br>กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ<br>กระทรวงสาธารณสุข<br>องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น<br>กระทรวงมหาดไทย<br>กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น<br>สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)<br>สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย | ดำเนินการร่วมกับ 8 องค์กร ส. |
| **2.ระบบสุขภาพชุมชนเมือง (Urban Health)** | สถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง<br>กรมอนามัย กรุงเทพมหานคร/เมืองพัทยา/ภูเก็ต<br>กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย<br>องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตเมือง<br>สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ<br>ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล | ผลักดันการตั้งศูนย์วิชาการสุขภาวะเขตเมือง ร่วมกับกรุงเทพมหานคร สถาบันพัฒนาสุขภาวะ เขตเมือง กรมอนามัย<br>องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย |

| ประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ | หน่วยงานหลัก/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย | การดำเนินงานของ สช. |
|---|---|---|
| | กลุ่มงานวิจัยสังคมและสุขภาพ (วสส.) สำนักวิชาการสาธารณสุข สป.สธ. | |
| **3.ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ** | กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข<br>สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ<br>โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร<br>มูลนิธิพัฒนาการแพทย์แผนไทย<br>สมาพันธ์การแพทย์แผนไทยแห่งประเทศ<br>มูลนิธิสุขภาพไทย | สนับสนุนคณะกรรมการภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก |
| **4.ระบบบริการสุขภาพ** | กระทรวงสาธารณสุข<br>สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ<br>องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น<br>กระทรวงมหาดไทย<br>กรมการแพทย์<br>สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล<br>สถานพยาบาล<br>สำนักงานพัฒนานโยบายกำลังคนด้านสุขภาพ<br>องค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย<br>กรมควบคุมโรค<br>ภาครัฐและเอกชน | สนับสนุนคณะอนุกรรมการพัฒนาตัวชี้วัด ติดตาม และจัดทำรายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย หมวดการบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ |
| **5.ระบบสุขภาพดิจิทัลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ** | กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข<br>สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา<br>สภาองค์กรของผู้บริโภค<br>สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล<br>กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม<br>สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ<br>กระทรวงศึกษาธิการ<br>สภาองค์กรของผู้บริโภค<br>วิทยาลัยการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพแห่งประเทศไทย | มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 11.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อ (NCDs) |

| ประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ | หน่วยงานหลัก/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย | การดำเนินงานของ สช. |
|---|---|---|
| **6.ระบบสุขภาพชายแดน ประชากรข้ามชาติและบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ** | กรมควบคุมโรค กรมเศรษฐกิจระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข<br>กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการคลัง<br>สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ<br>สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน<br>แผนงานสุขภาพประชากรข้ามชาติ<br>สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข<br>กลุ่มงานประสานนโยบายผู้อพยพ และหลบหนีเข้าเมือง กองการต่างประเทศ<br>สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย<br>ศูนย์แม่โขงศึกษา สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย<br>โรงพยาบาลที่ติดกับชายแดน<br>กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข<br>กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข | คณะกรรมการสนับสนุนการศึกษาและติดตามการเจรจาการค้าระหว่างประเทศและพลวัตภูมิรัฐศาสตร์ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและนโยบายสุขภาพ |
| **7.การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร: ระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงวัย** | กระทรวงสาธารณสุข<br>กระทรวงการพัฒนาและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงการคลัง กระทรวงมหาดไทย<br>กองทุนการออมแห่งชาติ<br>สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ<br>สำนักงานประสานนโยบายรองรับสังคมสูงวัย<br>สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล<br>สภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย<br>วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย<br>สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (ทีดีอาร์ไอ) | แผนบูรณการสังคมสูงวัย |

ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อสังเกตว่าขอบเขตแต่ละประเด็นไม่เท่ากัน ประเด็นที่ได้คะแนนสูงสุดคือ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร: ระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงวัย เป็นประเด็นที่เป็นระดับมหภาคเกี่ยวข้องกับทุกประเด็น แต่ประด็นระบบสุขภาพชายแดน ประชากรข้ามชาติ และบุคลลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ์ และภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางงเลือกเป็นเรื่องเฉพาะ ซึ่งขอบเขตที่ต่างกันนี้ส่งผลต่อการให้คะแนนของผู้ทรงคุณวุฒิ และมีข้อจำกัดที่ผู้ทรงคุณวุฒิอาจไม่ได้ได้ทราบรายละเอียดในประเด็นย่อยทั้งหมด ทำให้ผลให้คะแนนโอนเอนไปประเด็นใหญ่

การหารือในวันดังกล่าวผู้ทรงคุณวุฒิส่วนใหญ่เสนอให้มีการจัดตั้งกลุ่มทำงานแต่ละประเด็น (Cluster) เพื่อให้เกิดการทำงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเฉพาะในแต่ละประเด็น (Stakeholder) และเพื่อให้ตอบโจทย์ต่อการแก้ปัญหา (Gap) เชิงลึกที่ซับซ้อนของเรื่องแต่ละประเด็น และควรให้พิจารณาการทำงานในแต่ละประเด็นร่วมกันโดยไม่ทิ้งประเด็นใดประเด็นหนึ่ง และเกิดการบูรณาการการทำงานร่วมกันซึ่งเป็นทิศทางใหม่ เพื่อให้ระบบสุขภาพไทยพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลง และสามารถนำสู่กระบวนการยกร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 4 ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นต่อ **การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรฯ** เป็นเมกะเทรนด์ที่กระทบทุกภาคส่วน ควรมองทุกช่วงวัย เด็กเกิดน้อย ผู้สูงวัยเพิ่ม ควรโยงไปถึงวิกฤตเศรษฐกิจและการขาดแคลนวัยแรงงาน-บุคลากรการแพทย์ และต้องเตรียมความพร้อมของคนวันทำงานเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่แข็งแรง รวมถึงการดึงดูด "ประชากรแฝงคุณภาพสูง" จากต่างชาติเพื่อชดเชยเด็กเกิดน้อย **ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน** ควรเป็นแกนกลางหลักของการขับเคลื่อนทั้งหมด ไม่ใช่เป็นเพียงระบบย่อยแยกต่างหาก แต่เป็นกลไกหลักที่ตัดขวางและครอบคลุม เป็นหัวใจสำคัญที่เชื่อมโยงทุกประเด็นยุทธศาสตร์ ต้องเน้นการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน (Empower community) เปลี่ยนจากการพึ่งพาสถานพยาบาล เป็นการดูแลประชากรแบบองค์รวมที่ต้องบูรณาการการทำงานร่วมกับองค์กรบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) หลังการถ่ายโอน รพ.สต. ซึ่งเป็นจุดเปลี่ยนที่สำคัญ ท้องถิ่นจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการ บุคลากร งบประมาณ และมาตรฐาน **ระบบสุขภาพดิจิทัลและความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ** ควรกำหนดให้การดูแลสุขภาพเป็น "หน้าที่พลเมือง" รวมถึงการมีระบบส่งเสริมหรือให้ร่างวัลเพื่อจูงใจให้คนไม่ป่วย แทนการรักษาสวัสดิการเพียงอย่างเดียว ระบบสุขภาพดิจิทัล ไม่มองแค่การเข้าถึงข้อมูล หรือเทคโนโลยี แต่ต้องเน้น "การคุ้มครองผู้บริโภค" ให้เท่าทันจากการถูกหลอกลงหรือการโฆษณาเกินจริงบนโซเชียลมีเดียด้วย **ภูมิปัญญาท้องถิ่น** ควรให้ความสำคัญกับเรื่องภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อทำให้เกิดความมั่นคงทางยา เนื่องในภาวะวิกฤตสงคราม ไทยจะต้องพึ่งพาวัตถุดิบภายในประเทศเอง จึงควรตระหนักถึงความท้าทายของการแพทย์แผนไทยที่ขาดการสนับสนุนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง มิใช้เฉพาะเรื่องงบประมาณ และ ให้มองถึงรากฐานของภูมิปัญญาท้องถิ่น คือ "การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ/สมุนไพร" **ระบบสุขภาพชายแดนฯ** ปัจจุบันมีความท้าทายสำคัญ คือแหล่งทุนจากต่างประเทศลดลง เช่น สหรัฐอเมริกา (USAID) งบประมาณของโรงพยาบาลชายแดนที่เคยได้รับความช่วยเหลือลดลง ถึงควรผลักดันให้กลุ่มประชากรข้มชาติและบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธ์เหล่านี้ซื้อประกันสุขภาพ และในช่วงที่เกิดวิกฤตโครงสร้างประชากรทำให้ไทยขาดแคลนกำลังคน ควรเปลี่ยมมุมมองจากเรื่องประชากรข้ามชาติและผู้ลี้ภัยเป็นภาระให้เป็นการบริหาร "ทุนมนุษย์" เช่น วรรคให้บุคลากรการแพทย์ต่างชาติเข้ามาช่วยงานระบบบริการได้ **ระบบสุขภาพชุมชนเมือง** บริบทเมืองมีความซับซ้อนสูงมาก ไม่มีอำนาจการจัดการแบบเบ็ดเสร็จ ข้อมูลต้องแยกแยะเพื่อให้สามารถวางแผนนโยบายได้ตรงจุด และการวางแผนการขับเคลื่อนต้องทำแบบเฉพาะเจาะจงรายประเด็น ต้องแยก

กลุ่มเป้าหมาย เช่น ปัญหา NCDs หรือปัญหากลุ่มเปราะบาง (เช่น LGBTQ) นอกจากเมือง (Urbanization) ควรคำนึงถึงปัญหาเมืองหดตัว (Shrinking Cities) ร่วมด้วยจากประชากรลดลงซึ่งจะส่งผลต่อโครงสร้างพื้นฐานและการให้บริการสาธารณะต่างๆ และหาภาคีเครือข่ายเฉพาะเจาะจงมาร่วมแก้ปัญหาหรือจัดเวทีร่วมกัน

ผู้ทรงคุณวุฒิ ให้มุมมองต่อ**สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)** ควรวางบทบาทของตัวเองให้ชัดเจนในฐานะผู้ประสา โดยควรผลักดันนโยบายข้ามภาคส่วน (Multisectoral Policy) และเสริมพลังชุมชน (Empower Community) ซึ่งเป็นจุดแข็งของ สช. โดยต้องเปลี่ยนจากการใช้สถานพยาบาลเป็นศูนย์กลางไปสู่ชุมชน และผู้ทรงคุณวุฒิให้ความเห็นว่าประชากรเป็นกำลัง (Citizen Workforce) สำคัญภายใต้กรอบ Primary Health Care (PHC)

ระบบสุขภาพไทยทำได้ดีมากในการดูแลรักษาระดับบุคคล (Individual Health) แต่ยังขาดความเข็มแข็งของประชากรศาสตร์ (Population Health) จึงควรปรับมุมมองให้ประชาชนเป็นเหมือนกำลังคนด้านสุขภาพ (Workkforce) และจัดการกับปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determination of Health) มากกว่าการดูแลรักษาเพียงอย่างเดียว

นอกจากนี้ได้เสนอให้มีคณะผู้จัดทำ นำ พ.ร.บ. หรือ กฎหมายที่เกี่ยวข้องมาประกอบการพิจารณาในการจัดตั้งกลุ่มทำงาน (cluster และนำเข้าสู่การดำเนินการร่วมกันภายใต้กฎหมายของแต่ละหน่วยงาน คณะผู้จัดทำจึงได้ทบทวนข้อมูลประมวลฐานอำนาจทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางยุทศาสตร์ด้านสุขภาพ ที่เกี่ยวข้อง (ภาคผนวก ญ)

## ภาคผนวก ญ
## ประมวลฐานอำนาจทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับประเด็นยุทธศาสตร์สุขภาพ

เอกสารฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมและวิเคราะห์บทบัญญัติแห่งกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่มีความเชื่อมโยงกับ นโยบายทุกภาคส่วนห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policy: HiAP) และ ประเด็นยุทธศาสตร์สำคัญ 7 ประเด็น เพื่อใช้เป็นกรอบอ้างอิงเชิงนโยบายและฐานอำนาจในการขับเคลื่อนภารกิจด้านสุขภาพสาธารณะอย่างเป็นระบบ โดยมุ่งเน้นการบูรณาการมิติกฎหมายเข้ากับการปฏิบัติงานเชิงโครงสร้าง

**1. นโยบายทุกภาคส่วนห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policy: HiAP)**

- **รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560:** มาตรา 258 ช. (4) และ (5) กำหนดให้รัฐต้องจัดให้มีระบบการสร้างเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ เพื่อสุขภาวะที่ยั่งยืนของประชาชน บทบัญญัติดังกล่าวมีนัยสำคัญในการกำหนดให้การสร้างเสริมสุขภาพเป็น "ภารกิจร่วมภาคบังคับ" ของทุกหน่วยงานรัฐ มิได้จำกัดวงเพียงหน่วยงานด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะ

- **พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550: * มาตรา 5:** รับรองสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคลในด้านสุขภาพ รวมถึงสิทธิในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต

    - **มาตรา 10 และ 11:** กำหนดกลไก **การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment: HIA)** ซึ่งเป็นเครื่องมือทางกฎหมายที่บังคับให้หน่วยงานรัฐต้องพิจารณาผลกระทบเชิงระบบก่อนการดำเนินโครงการที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาวะของชุมชน

    - **มาตรา 13 ถึง 25:** บัญญัติให้มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) และกระบวนการสมัชชาสุขภาพ ซึ่งถือเป็นนวัตกรรมทางกฎหมายในการสร้างพื้นที่ความร่วมมือพหุภาคีเพื่อกำหนดทิศทางนโยบายสาธารณะ

- **มติคณะรัฐมนตรี:** มติที่เกี่ยวเนื่องกับการนำข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติ มีสถานะเป็นเครื่องมือทางบริหารที่เชื่อมโยงนโยบายระหว่างกระทรวง เพื่อให้เกิดการบูรณาการในมิติเชิงปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม

**2. ระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิและการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น**

- **พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562:** กฎหมายฉบับนี้มุ่งปรับเปลี่ยนโครงสร้างบริการสุขภาพสู่แนวคิดเชิงรุก โดยกำหนดสิทธิของประชาชนในการได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิที่ได้มาตรฐาน และจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายเพื่อวางรากฐานการจัดบริการที่เชื่อมโยงกับบริบทของแต่ละครอบครัวและชุมชน

- **พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542:** ประกอบกับประกาศคณะกรรมการกระจายอำนาจฯ เรื่องหลักเกณฑ์การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กฎหมายกลุ่มนี้ส่งผลกระทบอย่างมี

นัยสำคัญต่อโครงสร้างการบริหารงานบุคคลและงบประมาณภาครัฐ ซึ่งต้องอาศัยการตีความทางกฎหมายที่รัดกุมเพื่อรักษาความต่อเนื่องของบริการสาธารณะ

- **พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545:** มาตรา 47 บัญญัติให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สามารถสนับสนุนงบประมาณให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผ่าน **กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น (กปท.)** เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการจัดการสุขภาพตามความจำเป็นของพื้นที่

**3. การจัดการระบบสุขภาพในเขตพื้นที่เมืองและปริมณฑล**

- **พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2522 (และที่แก้ไขเพิ่มเติม):** รวมถึงกฎหมายจัดตั้งเทศบาลและเขตพื้นที่ปกครองรูปแบบพิเศษ ให้อำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดบริการสาธารณสุขภายใต้สภาวะแวดล้อมที่ซับซ้อนและมีความหนาแน่นของประชากรสูง
- **พระราชบัญญัติการผังเมือง พ.ศ. 2562:** มีบทบาทสำคัญในการกำหนดทิศทางการพัฒนาพื้นที่ให้เอื้อต่อสุขภาวะ (Urban Health Design) โดยอาศัยอำนาจในการกำหนดผังเมืองรวมและผังเมืองเฉพาะ เพื่อจัดสรรพื้นที่สีเขียวและสาธารณูปโภคที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิต
- **พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535:** เป็นกฎหมายหลักที่ให้อำนาจเจ้าพนักงานท้องถิ่นในการควบคุมดูแลสุขลักษณะของอาคาร สถานประกอบการ และการจัดการสิ่งปฏิกูล เพื่อป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมในเขตเมือง

**4. ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการแพทย์แผนไทยในระบบสุขภาพชุมชน**

- **พระราชบัญญัติคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. 2542:** มีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองสิทธิในตำรับยาและตำราการแพทย์แผนไทย ตลอดจนคุ้มครองพื้นที่สมุนไพรตามธรรมชาติจากการบุกรุกหรือการแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ
- **พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ. 2562:** ตราขึ้นเพื่อสร้างมาตรฐานการกำกับดูแลผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้มีความยืดหยุ่นและสอดคล้องกับธรรมชาติของผลิตภัณฑ์ มากกว่าการใช้วิธีการควบคุมตามกฎหมายว่าด้วยยาเพียงอย่างเดียว ซึ่งเป็นการส่งเสริมอุตสาหกรรมสมุนไพรในระดับฐานราก
- **พระราชบัญญัติป่าชุมชน พ.ศ. 2562:** ให้อำนาจทางกฎหมายแก่ชุมชนในการบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติ ซึ่งรวมถึงความมั่นคงทางยาและอาหาร อันเป็นรากฐานสำคัญของระบบสุขภาพพึ่งตนเองในระดับท้องถิ่น

**5. การบริหารจัดการกำลังคนและกลไกการคลังด้านสุขภาพ**

- **กฎหมายว่าด้วยการควบคุมวิชาชีพ:** (อาทิ พ.ร.บ. วิชาชีพเวชกรรม, พ.ร.บ. วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์) กฎหมายเหล่านี้กำหนดขอบเขตและมาตรฐานการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งจำเป็นต้องมีการพิจารณาทบทวนเพื่อรองรับรูปแบบการจัดบริการแบบสหวิชาชีพในอนาคต
- **พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551:** มุ่งเน้นการจัดระบบคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยฉุกเฉินให้ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วและมีคุณภาพ โดยอาศัยกลไกกองทุนการแพทย์ฉุกเฉินในการสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานต่างๆ
- **พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 (และที่แก้ไขเพิ่มเติม):** คุ้มครองสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยจิตเวช พร้อมทั้งวางกรอบการดำเนินงานเชิงรุกเพื่อลดอคติทางสังคมและการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตอย่างครอบคลุม

**6. นวัตกรรมสุขภาพดิจิทัลและความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Digital Health & Health Literacy)**

- **พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 (PDPA):** มาตรา 26 กำหนดให้ข้อมูลสุขภาพเป็น "ข้อมูลส่วนบุคคลที่อ่อนไหว" ซึ่งการเก็บรวบรวม การใช้ หรือการเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวต้องเป็นไปตามเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนดอย่างเคร่งครัด เพื่อรักษาความมั่นคงปลอดภัยของข้อมูลผู้ป่วย
- **พระราชบัญญัติว่าด้วยธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. 2544:** เป็นกฎหมายพื้นฐานที่รับรองความสมบูรณ์ทางการกฎหมายของข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเอื้อต่อการพัฒนาระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) และการเชื่อมโยงฐานข้อมูลสุขภาพระดับชาติ
- **พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522:** ทำหน้าที่กำกับดูแลการโฆษณาผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพที่อาจเข้าข่ายเป็นการหลอกลวงหรือเกินความจริง เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้และคุ้มครองประโยชน์ของประชาชนในฐานะผู้บริโภค

**7. ระบบสุขภาพพื้นที่พรมแดนและการจัดการสถานะบุคคล**

- **พระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 และพระราชบัญญัติสัญชาติ พ.ศ. 2508:** เป็นกฎหมายที่มีนัยสำคัญต่อการจำแนกสถานะบุคคล ซึ่งเป็นเงื่อนไขในการกำหนดขอบเขตการได้รับสวัสดิการทางสังคมและบริการสุขภาพจากภาครัฐ
- **พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558:** ให้อำนาจเจ้าพนักงานควบคุมโรคในการดำเนินการเฝ้าระวังและกักกันโรคในพื้นที่ชายแดน เพื่อรักษาความมั่นคงทางสุขภาพข้ามพรมแดน
- **มติคณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับการจัดการปัญหาสถานะและสิทธิของบุคคล:** ทำหน้าที่เป็นกลไกผ่อนปรนเชิงนโยบายเพื่อขยายสิทธิการรักษาพยาบาลให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่ได้รับสิทธิตามกฎหมายปกติ เพื่อป้องกันผลกระทบด้านสาธารณสุขในภาพรวม

**8. การตอบสนองเชิงนโยบายต่อโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลง**

- **พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546:** บัญญัติสิทธิของผู้สูงอายุในการได้รับการสงเคราะห์และสวัสดิการด้านสุขภาพ รวมถึงการจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงวัยอย่างมีศักดิ์ศรี
- **กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงานและสวัสดิการสังคม:** จำเป็นต้องมีการพิจารณาปรับปรุงเพื่อรองรับการจ้างงานผู้สูงอายุและการพัฒนาทักษะแรงงานในสภาวะที่ประชากรวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง
- **พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546:** มุ่งเน้นการส่งเสริมพัฒนาการและคุณภาพชีวิตของเด็กและเยาวชน เพื่อสร้างรากฐานทรัพยากรมนุษย์ที่มีสุขภาวะที่ดีตั้งแต่วัยเริ่มแรก

